جــــامعة بوزريــــعة-

كلية العلوم الإنسانية
والاجتماعية

قسم علم النفــــس
وعلوم التربية والأرطوفونيا

مذكرة مقدمة لنيل شهـــادة ماجيستير

تخصص علم النفس الصدمي

تحت عنوان

استراتجيات المواجهة لدى المساجين و علاقتها بظهور الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية

إعداد الطــــالب

كــــربال مختــــار

تحت إشراف

د. أحسن جاب الله حورية

السنة الجامعية 2009-2010

الفهـــــــــرس

الإهـــداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلى بطاعتك .. ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك .. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك الله جل جلاله إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين.. سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى.................... من عرفت كيف أجدهم وعلموني أن لا أضيعهم

.إلى .... من تحت قدمها تكمن الجنة، إلى أمي الحنون

.إلى .... من جعل مشواري العلمي ممكنا، إلى أبي الرحيم

.إلى .... من ساندتني وآزرتني في دربي، **إلى زوجتي الغالية الصابرة**

إلى .... من لأجلهم سرت في الدرب، إلى ابني الغالي المعتز بالله رعاه الله وحفظه
.

إلى............... الإخوة الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي أصدقائي وصديقاتي

إلى............ الإخوة و الأخوات اللواتي لم تلدهن أمي .. إلى من تحلو بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء إلى ينابيع الصدق الصافي إلى من معهم سعدت ، وبرفقتهم في دروب الحياة الحلوة والحزينة سرت إلى من كانوا معي على طريق النجاح والخير

إليهم جميعا أهدي جهدي المتواضع هذا راجيا الله الإطالة بأعمارهم ليرو ثمرة جهدهم

شكر وتقدير

إن الحمد لله نحمده حمدًا كثيرًا طيبًا مباركًا فيه كما ينبغي بجلاله وجهه وعظيم سلطانه ونستعينه ونستغفره ونس تهدية ، من يهده الله فلا مضل له ومن يضلل فلا هادي له ، وأشهد أن لا إله الله وحده لا شريك له وأن محمدًا عبده ورسوله صلى الله عليه وسلم .

أتقدم بعد شكر الله تعالى- ببالغ شكري وامتناني:

إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة**...**

إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة**...**

إلى جميع أساتذتنا الأفاضل**......**

وأخص بالتقدير والشكر:

الدكتورة أحسن جاب الله حورية

التي نقول لها بشراك قول رسول الله صلى الله عليه وسلم:

"إن الحوت في البحر ، والطير في السماء ، ليصلون على معلم الناس الخير"

وكذلك أخص شكري كل من ساعدني على إتمام هذا البحث وقدم لي يد المساعدة وزودني بالمعلومات اللازمة لإتمام هذا البحث وأخص بالذكر:

الدكتور نورالدين جبالي رئيس قسم علم النفس بجامعة باتنة

كذلك أشكر المسؤولين بالمديرية العامة بإدارة السجون الذين منحوا لي الموافقة لإجراء الدراسة الميدانية.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أساتذتي أعضاء لجنة النقاش الموقرين على ما تكبدوه من عناء في قراءة رسالتي المتواضعة وإغنائها بمقترحاتهم القيمة.

وكذلك شكري الخالص للذين كانوا لي سندا ودعما يضئ الظلمة التي كانت تقف أحيانا في وجهي:

الزميلة : عبيبسي سهيلة

الزميل: عقون لحسن

زملاء وزميلات العمل بمؤسسة إعادة التربية باتنة

إلى كل هؤلاء شكرا جزيلا

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

الملخـــــص

إذا كان موضوع الضغوط من أكثر المواضيع تعقيدا، فإن التعامل مع هذه الضغوط يعد أكثر تعقيدا وتشعبا لاسيما أن جانبا كبيرا منه يصعب التحكم فيه.

تلعب البيئة دورا أساسيا في الاستجابة للضغوط النفسية حيث كلما كانت البيئة عاملا محفزا لإثارة الضغوط كلما كان الفرد مستقبلا لهذه الضغوط إما بشكل ايجابي أو سلبي.

مما لاشك فيه أن التعامل مع الضغوط بشكل سلبي يهدد الكيان النفسي والجسدي للفرد مما يفقده توازنه النفسي فينشأ عنه آثارا سلبية: عدم القدرة على التكيف، ضعف مستوى الأداء والعجز عن أداء مهام الحياة اليومية، الشعور بالإنهاك النفسي... في المرحلة الثانية تتحول هذه الأعراض إلى الحالة الجسدية أو ما يعرف بالاضطرابات النفسجسدية وأهم الأشكال المرضية لهذه الاضطرابات: اضطرابات جهاز الدوران، اضطرابات الوظائفية، اضطرابات الحركية، اضطرابات الحسية...الخ

يعد السجن أو الوسط العقابي من الأوساط الأكثر إثارة للضغوط النفسية وبالتالي يكون السجين عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسجسدية. تلعب استراتجيات المواجهة دورا جوهريا في الاستجابة للضغوط إما بشكل سلبي أو ايجابي وهذا حسب الإستراتجية المستخدمة في مواجهة ضغط الوسط العقابي حيث بينت دراسات مدى نجاعة أساليب وفشل أساليب أخرى في مواجهة الضغط.

حاول الباحث في دراسته هذه محاولة الكشف عن مدى مساهمة نوعية الإستراتجية المستخدمة في مواجهة ضغوط السجن لدى المساجين وعلاقتها بظهور الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهذا تبعا لمتغيرات الدراسة، ولقد تمخضت هذه الدراسة في:

1. هل توجد علاقة دالة إحصائية بين نوع استراتجيات المواجهة والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة المصابين وفئة الغير مصابين؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة المتعلمين وفئة غير المتعلمين؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة الابتدائيين وفئة الانتكاسيين ؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة السجناء والسجينات ؟

وللإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات الآتية:

1. نتوقع وجود علاقة ارتباطيه بين نوع إستراتجيات المواجهة و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.
2. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المصابين وفئة الغير مصابين تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.
3. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي المرتفع وذوي المستوى التعليمي المنخفض تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.
4. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السجناء الابتدائيين والسجناء الانتكاسيين تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

5. نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة السجينات وفئة السجناء تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

وللتأكد من صحة الفرضيات أجريت الدراسة طبقا للمنهج الوصفي بشقيه الارتباطي -الفار قي على عينة قصدية قوامها 50 سجين متواجدين في مؤسسة إعادة التربية **بـــاتنة** ومؤسسة إعادة التأهيل **تازولت** حسب شروط محددة وفق ما تقتضيه شروط الدراسة. وقد تم قياس متغيرات الدراسة من خلال استبيان استراتجيات المواجهة (Vitaliano et al1986) ،وقائمة كورنال للعوارض العصابية والجسدية (السيد أبو النيل نسخة 1986)

وقد اعتمدت الأساليب الإحصائية الآتية لتحليل بيانات ومعطيات الدراسة:

1. معامل الارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين المتغيرات.
2. اختبار **ت T test** للكشف عن الفروق بين متوسطات المجموعات.
3. معامل ألفا كرومباخ لحساب الاتساق الداخلي للاختبار.

وفي الأخير دلت نتائج الدراسة على مايلي:

1. توجد علاقة ارتباطيه بين نوع الإستراتجية المركزة على الانفعال و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المصابين وفئة غير مصابين تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

مقدمة:

إذا كان موضوع الضغوط معقدا فإن أسلوب التعامل مع هذه الضغوط أشد تعقيدا، حيث ازداد الاهتمام بالوسائل والطرائق التي يلجأ إليها الفرد من أجل مواجهة الضغوط التي تقع عليه، ويسمي علماء النفس هذه الوسائل باستراتجيات المواجهة، وعندما يستخدمها الناس إنما يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الضاغط أو الهروب منه أو حتى التقليل من شدته بغية الوصول إلى معالجة تحدث التوازن. و لم ينصب الاهتمام على نوع واحد من الضغوط بل تم دراسة أساليب التعامل مع هذه الضغوط بأنواعها المختلفة وحسب نوعيتها وشدتها.

إنه من المعروف أن الضغوط لها تأثير على الصحة النفسية والجسدية، حيث أنها من الناحية النفسية تفقد الفرد توازنه النفسي مما تجعله عاجزا عن التكيف. أما من الناحية الجسمية فان الضغوط تكون سببا في ظهور اضطرابات جسدية نفسية المنشأ أو فيما تسمى الاضطرابات السيكوسوماتية مثل مرض السكر والقولون وارتفاع الضغط الدموي الشرياني وأمراض القلب والتي بينت دراسات كثيرة عن مدى تأثير هذه الضغوط في ظهور هذا النوع من الأمراض.

يلعب إدراك الفرد للضغوط من خلال البيئة التي يعيش فيها دورا جوهريا في التفاعل مع هذه الضغوط وبالتالي تحدد طرق مواجهة هذه الضغوط.

تعد البيئة المغلقة أو فيما يسمى" السجن "من الأوساط الأكثر إثارة للضغوط، حيث أن هذا الوسط يحمل مميزات خاصة سواء من حيث بناءها الهندسي أو من حيث الظروف التي تحيط بهذا الوسط والذي يعد من حيث نظام العيش فيه مميزا نحيث يكون السجين خاضع بالدرجة الاولى للقوانين الداخلية للمؤسسة وكذا نمط الحياة التي يعتبر في كثير من الاحيان يغلب عليه روتين السجن، هذا من جهة من

جهة ثانية نجد السجين يتشكل لديه ضغط انتظار الحكم القضائي او ضغط انتظار الافراج كل هذ من شانه يجعل االموقوف أو السجين يعيش حالة من الضغط المستمر طوال مكوثه بهذه المؤسسة. يلعب إدراك السجين لهذه الحياة الضاغطة أو أسلوب مواجهته لهذه الضغوط عملية نفسية تستدعي البحث خاصة في الوسط العقابي حيث نتصور أن لبعض الأساليب التي يتعامل بها السجناء في تسيير ضغوطهم دورا في ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التي هي موضوع دراستنا . نحاول أن نثري هذا الجانب بالدراسة عن واقع الجانب الصحي والنفسي داخل هذه المؤسسات هذا من جهة، ومن جهة ثانية نحاول أن ندرس موضوع الضغوط في الوسط العقابي كونه محرك الحياة في السجون ونعتقد أن لهذه الضغوط آثارا على الصحة النفسية و الجسدية وتعد استراتجيه التعامل مع هذه الضغوط المحك الأساسي في ظهور هذه الاضطرابات.

إن استراتجيات مواجهة الضغوط « coping » من المواضيع التي نالت قسط مهم من أبحاث علماء النفس وهذا لما للموضوع من أهمية في تشخيص الضغوط ومعرفة كيفية مواجهتها. يعرف كل من**"فولكمان ولا زاروس"**هذا الأسلوب بأنه الجهود التي يبذلها الفرد للسيطرة أو الخفض أو التحمل للمطالب الداخلية أو الخارجية التي فيها المواقف الضاغطة (Folkman, Lazaraus, 1980) .أما **"بونامكي"** فترى أن أساليب المواجهة تشير إلى الجهود العاملة من أجل السيطرة التي تتمثل في الإجراءات الهادفة إلى تعزيز موارد الفرد للتصدي للضرر المتوقع. وقد تكون هذه الجهود مباشرة أو غير مباشرة في طبيعتها.

و ينظر**"عبد الستار"** إلى أساليب المواجهة على أنها مجموعة من النشاطات أو الاستراتجيات- سلوكية أو معرفية يسعى من خلالها الفرد لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي الناجم عنه.(عبد الستار، ص5 ،1994).

يلاحظ من التعريفات السابقة التي تناولت أساليب المواجهة أنها مجهودات يقوم بها الفرد بهدف التحكم في المشقة وتخفيض الضيق وتعديل الموقف إلى الأفضل وصولا إلى المحافظة قدر الإمكان على توازن الفرد الانفعالي، وعليه فإن هناك أساليب مختلفة للمواجهة قد تجعل الفرد يحل مشكلته و بالتالي يتجاوز ضغوطه أو أن يعجز بأسلوب آخر تجعل المشكلة تزداد أكثر سوءا وتعقيدا، ويعود تباين الأفراد في استخدام هذه الوسائل إلى عدة عوامل منها نمط شخصيتهم ومستوى قدراتهم وخبراتهم السابقة وطريقة تقييمهم لهذه الأحداث ومستوى ما يتمتعون به من صحة نفسية، يضاف إلى هذا الوسط الذي يعيش فيه الفرد.

سنحاول في دراستنا هذه أن نتعرف على أنواع أساليب مواجهة الضغوط في الوسط العقابي التي يستخدمها المساجين لمواجهة ضغوط السجن وهل لبعض هذه الأساليب علاقة في ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية .

لقد بينت دراسات كثيرة عن العلاقة الموجودة في استخدام بعض أساليب المواجهة وشدة الضغوط كآلية للمواجهة يبذلها الفرد من أجل إعادة اتزانه النفسي والتكيف مع الأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية والمستقبلية. إن المواجهة السلبية للضغوط والتي تجعل الفرد عاجزا عن التخفيف من حالة ضغطه يترتب عليها آثارا سلبية على الصحة النفسية والجسمية للفرد وهو ما نحاول إن نبحثه لدى فئة المساجين كونها فئة أكثر عرضة للضغوط النفسية وبالتالي احتمال الإصابة باضطرابات سيكوسوماتية من خلال استراتجيات المواجهة التي يستخدمها السجناء والذي هو موضوع دراستنا.

لقد قسمت هذه الدراسة الى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث تعرضنا في الجانب النظري إلى الفصول التالية:

الفصل التمهيدي والذي تناولنا فيه مدخلا إلى هذه الدراسة وإشكالية الدراسة ثم تساؤلات الدراسة وفرضيات الدراسة وكذا تحديد أهداف الدراسة والتعرض إلى بعض الدراسات السابقة.

الفصل الأول: لقد تعرضنا في هذا الفصل إلى استراتجيات مواجهة الضغوط

الفصل الثاني: الاضطرابات السيكوسوماتية

الفصل الثالث: المؤسسات العقابية.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد تطرقنا إلى التعريف بالاجراءات المنهجية للدراسة، ويضم المنهج المتبع، والعينة المطبقة عليها ومواصفاتها، ثم أدوات القياس وخصائصها السيكومترية، وبعدها إجراءات التطبيق ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة من أجل التحقق من صحة الفرضيات أو عدم صحتها، و في الأخير عرض النتائج ومناقشتها وفق الدراسات السابقة والأطر النظرية.

الفصـــــــل الاول

الخلفية النظرية للبحث

1. الإشكالية وإطارها النظري:

الإشكالية: بحكم أن كل الناس يتعرضون إلى الضغوط بشكل أو بآخر ولكنهم لا يتعرضون إلى نفس المخاطر بالدرجة نفسها، وانطلاقا من مبدأ أن أساليب مواجهة الضغوط تختلف من شخص إلى آخر وهذا حسب نمط شخصية الفرد والوسط الذي يعيش فيه، وباعتبار أن السجن يعد من الأوساط الأكثر تعقيدا لما يحمله هذا الوسط من خصوصيات تجعل السجين يعيش حالة ضغط مستمر خاصة في بداية احتباسه حيث تعتبر تجربة اللدخول الى السجن حدثا قاسيا تحتم على المسجون الاستجابة لهذ الواقع وفق استراتجيات معينة من اجل تحقيق مستوى معين من التكيف هذا من جهة من جهة ثانية نجد ان بعض المساجين يتشكل لديهم ضغطا نفسيا نتيجة الاحكام القضائية وكذا انتظار تاريخ الافراج كل هذا من شائنه يجعل المساجين تحت ضغط نفسي تلعب فيه ظروف السجن والنظام الخاص بها ضف الى ذلك نمط شخصية المسجون دورا في الاستجابة لهذه الضغوط، هذا الأمر من شأنه أن يجعل المسجونين يتخذون أساليبا مختلفة لمواجهة ضغوط السجن بهدف التقليل والتقليص من حدة الضغط ومن أجل تحقيق مستوى معين من التكيف بما يتماشى مع ظروف تلك البيئة، وهذا ماتم رصده من خلال المتلبعة النفسية لهؤلاء المساجين الذين يشكون اعراض الضغط النفسي جراء الظروف المذكورة انفا تجعل االمسجون يفقد توازنه النفسي والمعرفي وبالتالي يكون عرضة مع مرور الوقت إلى الإصابة بأمراض نفسجسدية.

تلعب أساليب مواجهة الضغوط دورا جوهريا في تحديد علاقة أساليب مواجهة ضغوط السجن بالإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، كما تتباين أساليب المواجهة التي يستخدمها المسجونين لمواجهة ضغوط السجن من مسجون إلى أخر، حيث يلعب التقييم المعرفي للأحداث الضاغطة في السجن دورا فعالا في تحديد نوع استراتجيات المواجهة وبالتالي الكشف عن الأساليب التي تكون لها أثارا على

الحالة النفسية والجسدية للمسجونين، وهذا ما بينته الكثير من الدراسات و البحوث الإكلينيكية السابقة على أهمية أساليب المواجهة ومن أبرز هذه الدراسات (الطريري 1994) حيث يرى هذا الأخير بأنه إذا نظر الفرد للحدث على أساس أنه أمر ضاغط فهذا سيقود إلى الخطوة الأخرى ألا وهي حدوث شحنة انفعالية تتولد لدى الفرد وتوجهه نحو الحدث أو الأمر الذي تم اعتبار أنه ضاغط، وقد تكون هذه الشحنة الانفعالية على شكل خوف أو غضب أو عدم الشعور بالأمن أو قلق وبعد أن تحدث هذه الشحنة الانفعالية يفترض أن يترتب عليها إثارة فسيولوجية كأن يحدث شد عصبي أو زيادة في مستوى الكوليسترول أو سرعة ضربات القلب، وما من شك أن مثل هذه الآثار تصنف على أساس أنها سلبية فقد يترتب عليها مرض أو جلطة.

وقد أجريت دراسات عديدة لتوضيح العلاقة بين الضغوط والأمراض السيكوسوماتية حيث أثبتت الدراسات التالية عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أحداث الحياة والعديد من الاضطرابات الجسمية حيث وجد كل من (Benler, et al 1981) في دراساتهم أن الضغط والإجهاد الذي يعاني منه مجموعة من طلاب المدرسة الثانوية قد ارتبط ارتباطا إيجابيا بالميل للشعور بالصداع وأمراض الحساسية (Solomon, et al 1990)

وهذا إن دل على شئ إنما يدل على أن الضغوط النفسية التي يواجهها الإنسان هي التي تسبب له الكثير من المتاعب النفسية والجسدية التي يعاني منها ، والأفراد يختلفون في أساليب مواجهة الضغوط ، فمنهم من يتعرض لمواقف ضاغطة وأحداث مؤذية ويستطيع أن يواجه هذا الموقف بفاعلية دون الوقوع في المرض النفسي أو الجسمي ومنهم من يفشل وينهار في مواجهة هذه الضغوط فيصاب بالمرض.

ويحدد (الطريري 1994) العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة في صورتين:

الصورة الأولى : هي عملية التكيف مع الوضع الضاغط (adaptation)

وهي عبارة عن عمليات وإجراءات روتينية يعمد الفرد إلى مزاولتها وعادة ما تكون هذه العمليات أوتوماتيكية ومتكررة وأسلوبًا ثابتًا يزاوله الفرد في مثل هذه المواقف.

أما الصورة الثانية: فهي عملية المواجهة (Coping) وهي عبارة عن إجراءات يتخذها إما الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه ومن ثم العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي وعادة ما تكون هذه الإجراءات نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الذي يمر به أكثر من كونه صفة ثابتة أو إجراءات روتينية. وقد كشفت الكثير من الدراسات عن وجود فروق بين الذكور والإناث في أساليب مواجهة الضغوط حيث أشارت نتائج دراسة (Stone & Neale 1984) أن الرجال يفضلون أساليب مواجهة مباشرة فيما تستخدم النساء أساليب مواجهة تعتمد على التوجه الديني والاسترخاء والبحث عن المساندة الاجتماعية.

من خلال هذه الدراسات السابقة و ملاحظتنا العيادية من خلال الممارسة اليومية مع هذه الفئة أردنا أن نكشف عن محددات المواجهة لدى المساجين وكذا الأساليب التي يستخدمونها في مواجهة ضغوطهم وما مدى مساهمة نوعية كل إستراتجية في حدوث الاضطرابات النفسجسدية كون أن الأفراد يختلفون من حيث توظيفهم لأساليب مواجهة الضغوط فمنهم من تكون مواجهتهم مركزة على الانفعال وبالتالي يحاولون ضبط وتقليص الأثر الانفعالي للضغط، كما نجد أن البعض يستخدم الإستراتجيات التي تركز على المشكل من أجل تخفيض أو تسيير المشكل الذي يكون وراء الضغط المدرك أو مع الموقف الضاغط مباشرة، وهناك من يلجأ إلى المساندة الاجتماعية بهدف تنظيم الاستجابات الاجتماعية وقد أكد كل من (Wills et Cohen 1988) أن التأثيرات المباشرة للمساندة الاجتماعية تظهر عندما يقوم الفرد ببناء التكامل ضمن الشبكات الاجتماعية التي تساعده على التكيف (Stepot, 1991) .

من خلال استعراضنا لأهم مفاتيح موضوع بحثنا خاصة وأن هناك دراسات كثيرة أكدت على العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط الحياة و تأثيرها على الصحة النفسية والجسدية للأفراد، وعلى ضوء هذه المعطيات التي طرحناها نستطيع أن نبني تصورا شاملا لموضوع دراستنا والذي بدوره دفعنا أن نتساءل عن واقع الضغوط في السجن و أهم الأساليب التي تواجه بها الضغوط على اعتبار أن البيئة المغلقة لها خصوصيات ليست كغيرها من الظروف البيئية الأخرى، وكذا طبيعة شخصية المسجون التي تحمل مواصفات خاصة يفرضها الواقع الذي يعيش فيه المسجون، فضلا عن بعض المتغيرات الأخرى التي تعتبر محددات أساسية في موضوع بحثنا.

يعتقد الباحث على ضوء هذه الاشكالية أن البيئة المغلقة لها محددات جوهرية في التعامل مع ضغوط السجن، سواء تكون محددات فعالة وبالتالي تحقق توافق الفرد النفسي والجسدي، أو أن تكون محددات غير فعالة وهذا حسب نوعية الاستراتجية المستخدمة مع هذه الضغوط على اعتبار أن المواجهة السلبية للضغوط تكون سببا في عدم توافق الفرد وبالتالي يكون عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية وعلية تمحورت مشكلة دراستنا فيمايلي:

هل توجد علاقة بين بعض استراتجيات المواجهة في ظهور الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

ولقد تمخضت تساؤلات الدراسة فيمايلي:

2. تساؤلات الدراسة:

1- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوع استراتجيات المواجهة والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة المصابين وفئة غير المصابين ؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة المتعلمين وفئة غير المتعلمين؟

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة الابتدائيين وفئة الانتكاسيين؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتجيات المواجهة بين فئة السجناء والسجينات؟

3. الدراسات السابقة:

ثمة دراسات عديدة والتي تناولت موضوع الضغوط وأساليب مواجهتها إلا أن هذا الموضوع يعتبر حديث بالنسبة للفئة التي سيتم دراستها.

من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع مواجهة الضغوط في السجون نجد دراسة الأستاذة **سايل** (2001) من جامعة الجزائر في إطار تحضير شهادة الماجستير والتي تناولت من خلالها استراتجيات التعامل لدى المساجين المتعاطين للمخدرات وحاولت من خلال دراستها الكشف عن أهم الاستراتجيات التي يتبناها متعاطي المخدرات، كما تهدف إلى معرفة ما إذا كان هناك فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمحذرات من المساجين في استعمال استراتجيات المواجهة ولقد خلصت هذه الدراسة إلى أن أفراد المجموعتين تقريبا يطرحون نفس المشكلات، التي شكلت لهم ضغطا بناء على قائمة طرق المواجهة،كما تشير النتائج الإحصائية إلى أن متعاطي المخدرات يستعملون استراتجيات التعامل المركز حول المشكلة بشكل أقل من غير المتعاطين، كما يستعمل متعاطي المخدرات استراتجيات التعامل المركزة حول الانفعال بشكل أكثر من غير المتعاطين.

قام كل من لازاروس و فولكمان (1980 Folkman & Lazarus) بدراسة استهدفت معرفة أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية على مدى سنة كاملة لدى عينة من الأفراد متكونة من 100 ذكر و 65 أنثى تتراوح أعمارهم ما بين40 سنة، ووجدا أن 97 % من أفراد العينة استخدموا أسلوب المواجهة المركز على المشكلة وأسلوب المواجهة المركز على الانفعال، وبينت النتائج أن الذين لديهم مشكلات صحية من الجنسين استخدموا أسلوب المواجهة المركز على الانفعال، وظهر الاختلاف فقط بين الجنسين في استخدامهم لأسلوب المواجهة المركز على المشكلة فالرجال أكثر استخدامًا لهذا الأسلوب في العمل من النساء.

وهذه الدراسة تؤكد على أن كل من الذكور والإناث الذين يعانون من مشكلات صحية يستخدمون أساليب مواجهة تركز على الانفعال وأن هناك فروقًا في استخدام أسلوب المواجهة المركز على المشكلة لصالح الذكور أكثر من الإناث وذلك عائد للطبيعة الانفعالية لدى النساء والتي هي أعلى منها عند الرجال.

وفي دراسة أجراها كل من (Stone et Neale1984) هدفت لمعرفة الأساليب التي يتبعها الأفراد في المجتمع الأمريكي في مواجهتهم للضغوط، والفروق بين الذكور والإناث في استخدامهم لتلك الأساليب تكونت عينة الدراسة من (160 فردًا) ، وصنفت الأساليب التي تضمنتها إجاباتهم إلى ثمانية أساليب هي : التحول، إعادة تعريف الموقف، الفعل المباشر، التفريغ، الحصول على المساندة الاجتماعية، الاسترخاء، التقبل، النشاط الديني، وأظهرت النتائج أن أساليب التحول، التفريغ، الحصول على المساندة الاجتماعية، الاسترخاء، التقبل، النشاط الديني أكثر استخدامًا لدى الإناث في حين أن أساليب المباشرة كانت أكثر استخدامًا لدى الذكور.

وهذه الدراسة أيضًا تؤكد على أن هناك فروقًا بين الذكور والإناث في استخدامهم لأساليب المواجهة، وتؤكد أيضًا على الأساليب الأكثر استخدامًا عند الإناث هي التقبل وأسلوب المساندة الاجتماعية والاسترخاء والنشاط الديني أكثر من الذكور . وهذا يؤكد الاتجاه الذي تسير فيه الدراسات على أن هناك أساليب تميز النساء عن الرجال في مواجهة الضغوط.

أما دراسة (Hovanitz 1986) فقد هدفت إلى التحقق من وجود علاقة بين ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها كعوامل مساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، وكان عدد أفراد العينة 150 طالبًا جامعيًا منهم (78 من الذكور) و(74 من الإناث) وتم استخدام الأدوات التالية : بطارية منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، وقائمة مسح أحداث الحياة، ومقياس أساليب مواجهة

الضغوط . وقد أثبتت الدراسة فروق بين الذكور والإناث في نوعية ضغوط أحداث الحياة وأن الإناث أكثر تعرضًا للضغوط من الذكور، ووجد أن هناك علاقة ارتباطية دالة إيجابية بين ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها وتأثير ذلك على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

هذه الدراسة تؤكد على وجود فروق في كمية ضغوط أحداث الحياة بالنسبة للذكور والإناث وأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغوط وأساليب المواجهة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نجاح أساليب المواجهة تساعد على عدم ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بالرغم من ارتفاع كمية الضغوط.

من الدراسات أيضا التي تناولت أساليب المواجهة داخل المؤسسات العقابية نجد دراسة (Julie Lenflelder, Jennifer Slater and David Graves) تحت عنوان: استراتجيات المواجهة للمساجين داخل المؤسسات العقابية.

تطرقت هذه الدراسة إلى أنماط عديدة من الفشل ونقائص أثناء حبسهم والتي يعاني منها المساجين والتابعة لفقدان حريتهم وتغير معنى الواقع المعاش وتجارب حسية أخرى تجعلهم يفكرون من هم حاليا لكن تساهم إعادة التربية في خلق مواقف يتحكم من خلالها المساجين في هذه التجارب والمشاعر السلبية.

لقد قام الباحثون بمسح وطني للمؤسسات لتقييم البرامج الإصلاحية لإعادة التربية وتم التطرق إلى دراسات عديدة و التي تناولت موضوع التكيف مع الوسط العقابي، أما الهدف من هذه الدراسة التي نحن بصدد عرضها هو:

-تحديد إمكانية وجود ارتباط بين نوعية إعادة التربية الممارسة من طرف المساجين أثناء فترات الراحة وتقدير لذاتهم.

-الاهتمام بهذه الأنشطة وارتباطها بتقدير ذاتهم.

4. فرضيات الدراسة:

استنادا إلى دراسات كثيرة في موضوع استراتجيات المواجهة وعلى رأس هذه الدراسات الدراسة التي قام بها **(لازاروس وفولكمان)** عن أحداث الحياة، والضغوط و استراتجيات المواجهة ومعرفة العلاقة بين أحداث الحياة والضغوط، والعلاقة بين استراتجيات المواجهة، بينت هذه الدراسة أن أحداث الحياة المتعلقة بالمدرسة والأسرة هي أكثر المصادر إثارة للضغوط.

1- نتوقع وجود علاقة ارتباطية بين نوع إستراتجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

2- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة المصابين وفئة غير المصابين تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

3- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي المستوى التعليمي المرتفع وذوي المستوى التعليمي المنخفض تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

4- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السجناء الابتدائيين والسجناء الانتكاسيين تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

5- نتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة السجينات وفئة السجناء تبعا لنوع الإستراتجية المستخدمة.

5. تحديد بعض المفاهيم المرتبطة بموضوع الدراسة:

استراتجيات المواجهة-coping : تعرف استراتجيات المواجهة على أنها الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والتي تتوقف مقوماتها الايجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات الفرد وإطاره المرجعي للسلوك ومهارته في تحمل أحداث اليومية الضاغطة.

وتعرف أيضا كافة مجهودات الفرد المعرفية والانفعالية والتي يسعى من خلالها الفرد التصدي إلى المواقف الضاغطة.

الأمراض السيكوسوماتية: وهي الاضطرابات الجسدية الناشئة عن اضطرابات انفعالية أو عاطفية والتي يحدث فيها تلف لأحد أعضاء الجسم أو خلل في وظائفه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة ترجع إلى عدم اتزان بيئة المريض ولا ينجح العلاج الجسدي لشفاء الحالة حتى وإن استمر على المدى الطويل، وإنما بعلاج أسباب التعرض للانفعالات والتوتر.

السجين: هو الشخص الذي منعت حريته بقصد تعويقه ومنعه من التصرف بنفسه، ومن الناحية القانونية وكما جاء به المشرع الجزائري في تعريفه للسجين الشخص الذي ارتكب جريمة أو أكثر مخالفا بذلك نصا في القانون عمدا، و مودعا في إحدى المؤسسات العقابية.

السجن: هو الحبس والحبس معناه المنع ، ومن الجانب الشرعي، تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، أما اصطلاحا فيقصد بأنه تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال الأشخاص المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية.

السجين الابتدائي: وهو السجين غير مسبوق قضائيا.

السجين الانتكاسي: وهو السجين الذي سبق له الدخول الى السجن اكثر من مرة.

4. أهداف الدراسة وأهميتها:

1- التعرف على واقع الضغوط النفسية في الوسط المغلق"السجن".

2- أساليب المواجهة التي يستخدمها المساجين في مواجهة الضغوط النفسية في السجن.

3 - التعرف على استراتجيات المواجهة التي تساعد على التكيف أو تكون سببا في الاضطرابات السيكوسوماتية.

4- تحديد الفروق بين استراتجيات المواجهة التي يستخدمها السجناء والسجينات.

وهذه الأهداف نطمح من خلالها إثراء الأبحاث في السجون خاصة فيما يتعلق بالجانب الصحي والنفسي في هذه المؤسسات والذي أصبح من أولويات هذا القطاع والذي يدخل في إطار إصلاح المنظومة العقابية في الجزائر.

الفصـــــــل الثـــانــــي

الإطـــــــار النظـــــــري

I- استراتجيات المواجهة

تمهيـــد

يعتبر مصطلح المواجهة (*coping*) مفهوم حديث في علم النفس ، حيث انه استمد من دراسات ميكانيزمات الدفاع إلا أنه منذ بدايات البحث في هذا الجانب تم دمج السيرورات النفسية المعقدة المطبقة في الاستجابات السلوكية والمعرفية للشخص بصورة أفضل.

في البداية كان الحديث عن ميكانيزمات الدفاع التكيفية على أساس أنها نشاطات لإستراتجية المواجهة (ألكر Alker ,1968) ، ولكن بمجرد ظهور فكرة إستراتجية المواجهة (*coping*) كمفهوم مستقل بذاته أخذ هذا التعريف منحى آخر، هذه الصياغة الحديثة أصبح معمولا بها عندما بدأت دراسة استراتجيات التكيفية تهتم بالاستراتجيات الواعية والمستعملة لمواجهة الوضعيات المعقدة.

ان هذه الاستراتجيات كانت معرفة في المراجع اللغوية على أنها استجابات للمواجهة (باركر و أندلر ، *1966*).

كلمة المواجهة (*coping*) ظهرت لأول مرة في مراجع علم النفس التجريدي سنة 1967 إضافة إلى عدة تصنيفات (أنواع استراتجيات المواجهة ، مصادر المواجهة ، تقييم المواجهة...).

لقد أصبح مفهوم المواجهة ذا استعمال متزايد في مجال علم النفس والطب العقلي وبالأخص في دراسات الضغوط وهذا لأنه لا يمكن دراسة الضغوط من دون أن ندرس أساليب مواجهتها.

إذ تعتبر استراتجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية. (Mécanisme de défense et coping , Henri Chabrol Stacey Callahan Dunod, Paris, 2004 Dunod)

أما من الناحية اللغوية فقد اختلفت تسميتها، بالرغم من أنها تتفق جميعها في إنجاز نفس المهام، فترجمت من اللغة الانجليزية *To cope with - Coping* إلى اللغة الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها:

Processus d'ajustement
Processus de faire face
Processus de maitrise
Stratégie de coping والتي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة 1999 .

(On line, Origine du concepte de coping, 2004)

أما في اللغة العربية فهناك مجموعة من المصطلحات المرادفة لهذا المفهوم وهي: استراتجيات المواجهة، استراتجيات التعامل، الميكانيزمات الدفاعية استراتجيات التوافق والتأقلم ،كذلك ترجمة البعض بالمواجهة (يوسف سيد 1993، عبد المعطي 1994 ،أحمد النيال و إبراهيم عبد الله هشام 1994)، كما استخدم كمفهوم مرادف للتكيف (علي شعبان محمد 1990).

كلمة المواجهة (*coping*) ظهرت لأول مرة في مراجع علم النفس التجريدي سنة 1967 إضافة إلى عدة تصنيفات (أنواع استراتجيات المواجهة ، مصادر المواجهة ، تقييم المواجهة...).

.(On line, Concept, Stress, Coping, 2004)

كما أن استعمالها ظهر لأول مرة في أبحاث **ريتشارد لازاروس** (Richard lazarus) سنة 1966 في كتابه الضغوط النفسية والمواجهة (Psychology Stress and coping) وقد عرفها بأنها مجموعة ردود الأفعال و الاستراتجيات المبذولة من طرف الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، وتشتمل المواجهة على عمليتين هما:

1- المواجهة التي تركز على المشكل: ويقصد بها السلوك الواقعي الذي يهدف إلى تغيير علاقة الفرد ببيئته، ويمكن أن يأخذ عدة صور منها الإعداد للموقف أو الصمود أو التجنب.

2- المواجهة التي تركز على الانفعال: ويقصد بها السيطرة على الانفعالات المترتبة على المشكلة وتقليل أثارها النفسية.

وقد أكدت دراسة Moss & Billing (1984) أن أساليب المواجهة التي تعتمد على التحليلات المنطقية للموقف الضاغط ترتبط بشكل كبير بالتكيف مع تلك المواقف الضاغطة في حين أن الاستراتيجيات غير الفعالة والتي تنطوي على تجنب المشكلة، والانسحاب من الممكن أن تؤدي إلى الاضطراب الجسمي والنفسي.

1. مفهوم المواجهة :

إن كلمة مواجهة ***coping*** صعبة الترجمة لغويا وتعني ***to cope with*** و ***faire avec*** ، أي التعامل مع، وقد اقترحت عدة مفاهيم للدلالة عليها نذكر منها "استراتجيات المواجهة " وميكانيزمات الدفاع وكذلك التسوية (Dantchev, 1989, p23) كما يترجم البعض الآخر هذه الكلمة (***coping***)

باستراتجيات المواجهة، أو أساليب أو طرق المواجهة ، وقد تشير إلى التوافق أو التعامل مع المشاكل، أو التغلب على الضغوط أو معايشة الضغط (يوسف جمعة، 2000 ص69).

وتعرف في"معجم علم النفس الكبير" بأنها عملية نشطة يقيم الفرد من خلالها قدراته و إمكانيته على مواجهة الحياة، وبالخصوص مواجهة المواقف الضاغطة والنجاح في التعامل معها وضبطها. (Bloch et al).

ويشير لفظ المواجهة في المعجم الأساسي لعلم النفس لتلك الطريقة للتعامل مع وضعية ضاغطة والتحكم فيها وضبطها، وقد تكون عبارة عن استجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد والخطر، وقد تكون استجابة مخففة كتقليص الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية واللجوء إلى الأدوية، فالمواجهة قبل كل شيء هي ميكانيزم له أصل نفسي ويؤثر على استجابات الجهاز العصبي والغددي (Bloch et al 1993).

لقد شاعت في التراث السيكولوجي عدة تعار يف للمواجهة، فيعرفها كل من Lazarus و Launier (1978) نقلا عن (Coussongelie et al, 1998, p89) بأنها مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية أو الداخلية الخاصة، والتي يدركها الفرد بأنها مهددة وتتجاوز طاقاته الشخصية.

ويضيف كل من Moos و Cronkite (1993) نقلا عن (Salomon et al, 1988, p279) بأن المواجهة تتألف من المعارف والسلوكات التي يستعملها الفرد لتقييم وتقليص الضغط وتعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه ويشاطره كل من Singer et Buma (1994) نقلا عن (Terry et Hynes 1998,p1092) باعتبار المواجهة تلك الاستراتجيات التي يتخذها الفرد بهدف تقليص آثار الضغط . كما يرى Fleishman (1984) نقلا عن (Valentier et al, p1094) في تعريفه للمواجهة بأنها تلك المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو التحكم و تقليص أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز طاقاته الشخصية، لذلك فهي قد تشمل على نشاط ما أو عملية فكرية تهدف لتقليص أو التخلص من الضيق النفسي أو المواقف الضاغطة .

أحدث التعريفات للمواجهة ل لزاروس (Lazarus, 1992)نقلا عن (Dupain, 1998) هي أن المواجهة مجموع السيرورات التي يتوسطها الفرد بينه وبين الحادث المدرك كتهديد وذلك بهدف ضبط وتحمل أو تقليص آثاره على صحته.

فالمواجهة هي استجابة للضغوط الخارجية والداخلية بهدف تقليص آثارها على صحة الفرد النفسية والجسدية .

ويعرف **سبيلبرجر**(Spillperger) استراتجيات المواجهة الضغوط بأنها:

"عملية وظيفتها فحص أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له"(مجلة النبأ، أساليب التعامل مع الضغوط النفسية، 2004، On line)

وقد عرف معجم علم النفس في الطب النفسي Coping strategy: سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف. واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية. واللفظ يطلق على الاستراتجيات التي تصمم لمعالجة القلق مباشرة وليس مصدره. (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافي، 1989، ص 763).

2. المنحى المعرفي في تفسير مواجهة الضغوط

مما لا شك فيه أن الاتجاه المعرفي هو المسيطر والسائد حاليا في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي، و الذي يتزعمه **أرنولد لازاروس** (Arnold Lazarus). لقد طور هذا الأخير نظرية معرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط والكشف عن بعض أساليب المواجهة Coping styles التي يوظفها الناس لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة. وتتمثل فكرة لازاروس الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة Dysfunctional coping هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

حسب **لازاروس** أن العملية المعرفية تمثل الحجر الأساسي لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية أكانت أم خارجية. وعملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها. وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة The concept of coping.

تقوم فكرة التقييم المعرفي على أن الفرد مدفوع على الدوام إلى تقييم وتقدير علاقته بالمحيط، لمعرفة إلى أي حد يمكن أن تؤثر هذه العلاقة على راحته وسعادته الشخصية (Lazarus, 2001) .

وتتعدى كلمة التقييم المعرفي مفهوم معالجة المعلومات (Lazarus et Folkman, 1984)، ذلك لأن التقييم هو عملية معرفية متواصلة بواسطتها يقيم الفرد الوضعية الضاغطة(التقييم الأولي) ومصادره

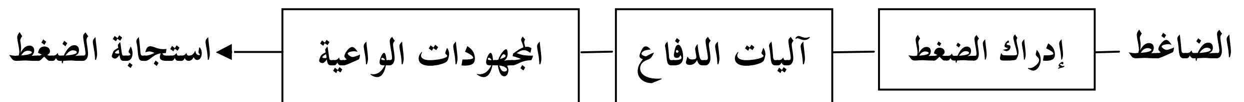
للمواجهة (التقييم الثانوي) وهو كل تعديل وتغيير في العلاقة بين الفرد والبيئة، هذه الأخيرة التي يمكن أن تمنحه فرصة لإعادة تقييم الموقف والمصادر المتوفرة لديه للمعالجة.

(On Line Concept, Stress, Coping , 2004)

1.2. المواجهة كمعدل للعلاقة بين الأحداث الضاغطة – والشدة الانفعالية :

يرى أصحاب هذه النظرية أن الضغط لا يرتبط بالأحداث الضاغطة و لا بالفرد، وإنما عن طريق التفاعل الحاصل بين الفرد والبيئة.

إن الاستجابة للضغط تحدث عندما تقيم وضعية على أساس أنها تفوق قدرات الفرد وإمكاناته مما تضع الشخص في حالة خطر. هذه الاستجابة ما هي إلا نتاج لعدم توازن بين متطلبات الوضعية المحرضة للضغط والمصادر التي يملكها الفرد لمواجهة هذه الوضعية. ومن الأمثلة التي تجسد هذا الرأي شخص مثلا استقبل خبر تحويل في العمل فيستقبل الخبر على أساس انه عقبة في حياته، في حين نجد شخص آخر يستقبل الخبر على أساس أنه فرصة حياة للمغامرة والتعرف على أشياء جديدة في حياته. إذن فخصائص الضغط لا تحدد بالشدة أو المظاهر التي تتجلى أمام الشخص بقدر ما هي إلا تفاعل للعناصر المذكورة آنفا، وعليه فإنه حسب النموذج التفاعلي للضغط فإنه يمر عن طريق سلسلة (المصفاة) والتي تعمل من أجل تعديل وتصفية مثيرات الضغط ومنه تخفيض استجابة الضغط. (Rah et Arthur 1978) قاموا بتحديد ثلاثة عناصر لهذه المصفاة والتي نوضحها في الشكل الآتي:



الشكل رقم(1): العلاقة بين الأحداث الضاغطة و الاستجابة للضغط

(introduction à la psychologie de la santé , Marilou Bruchon-Schweitzer et Robert Dantzer, presses universitaires de France, 1 édition :1994)

2.2. التقييم المعرفي للمواجهة :

- **التقييم الأولي *évaluation primaire*:** وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية، وتتلخص في الخصائص الآتية:

- درجة التوافق بالنسبة للأهداف

- نمط أو أسلوب الشخص في المواجهة وقد يصدر الشخص ثلاثة أحكام بشأن علاقته بالمحيط خلال هذه العملية:

1. بأنها غير متوافقة، فلا يولى الفرد بالمحيط وما يجري فيه

2. بأنها متوافقة، وبأن تعامله مع المحيط سليم وايجابي، بمعنى أن ظروف وعوامل الموقف السائد تسهل على الفرد تحقيق أهدافه.

3. في الأخير يمكن أن يقيم الفرد أن علاقته مع المحيط غير متكيفة وغير ملائمة وتتعرض للضغط والتهديد، بمعنى أن الفرد يرى في الظروف والمواقف التي يمر بها حاجزا يعيقه على تحقيق أهدافه فيشعر الفرد بانفعالات سلبية مثل: القلق، والتوتر، والغضب

- **التقييم الثانوي *évaluation secondaire*** : يهتم الفرد خلال هذه المرحلة ويتساءل عما في إمكانه القيام به ليواجه الموقف الضاغط، وبأي وسائل وطرق يواجهه؟ وماهية فعالية و نجاعة هذه المحاولات؟ وإلى أي درجة محتمل أن تظهر استجابته ضمن النتائج النهائية؟ كما يهتم الفرد بنتائج ردود أفعاله والمخاوف والقلق الذي يرتبط بتحقيقها، وقد تتضمن تلك الاستجابات (البحث عن المعلومات، وضع مخطط عمل، طلب المساعدة والنصائح، التعبير عن الانفعالات، تجنب المشاكل والمصاعب، الترفيه عن النفس، والتقليل من أهمية وحجم الموقف....) (Lazarus et Folkman, 2001)

وعموما تتبلور معظم الاستجابات حول الاهتمام بثلاثة جوانب :

-اللوم والتأنيب سواء من مصدر داخلي أو خارجي

-الطاقة الموجهة

-المحاولات التي من المحتمل بذلها في المستقبل (Lazarus, 1990, p 150)

كما يحاول الفرد خلال هذا الطور تقييم الوسائل المستخدمة إذا ما كانت مناسبة وكافية لمجابهة الموقف، وما الذي سيفعله أو يتجنبه لتسيير الضغط.

وهذا ما يعني أن المواجهة تعتمد نتيجة هذه المرحلة من التقييم (Lazarus, 2001, Lazarus et Folkman , 1984)

إن عملية التقييم الأولي والثانوي الواحدة تفوق الأخرى أهمية وتعقيدا، وحسب **لازاروس وفولكمان** لا تخضعان لترتيب محدد ومنظم رغم تسميتها والفصل النظري بينهما، إذا يتدخلان باستمرار في تحديد وضبط ما إذا كان الموقف التفاعلي ضاغطا أولا، وإذا كان نعم كيف يشكل الموقف ضغطا وإلى أي حد على الفرد (Folkman et Lazarus, 1984)

ويساندهما **شيرار** (Scherer, 2001) الذي يؤكد أن المظاهر المختلفة لعملية التقييم الموقف وفق ثلاثة مظاهر تعرف باسم **"تقدير الضغط"** (Folkman et Lazarus, stress appraisal)

الفقدان la perte: قد يقيم الفرد الموقف على أنه فقدان (مادي ،عاطفي، جسدي) مثل الإصابة بمرض عضوي، أو فقدان شخص عزيز أو تعرض الفرد لخسارة مادية فتصحبه انفعالات من نمط الحزن، الغضب، الانهيار،تأنيب الضمير،الملل...الخ

التهديد la menace: الذي يعتبر بمثابة فقدان مؤقت مصحوب بانفعالات، كالخوف والقلق والتوتر... مما يجعل الفرد يتنبأ بالفعل المنتظر وقوعه في المستقبل، الشيء الذي يسمح له بالاستعانة بقدرات أو مهارات قديمة تدعى خبرات سابقة (anticipatoires)

(Lazarus et Folkman, 1984)

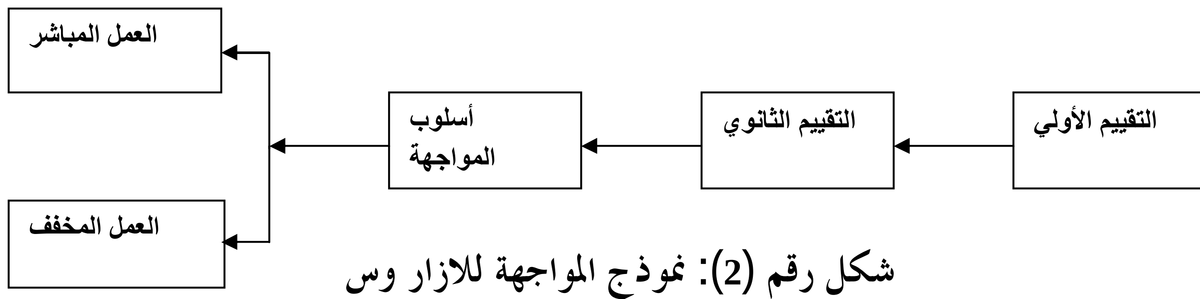
التحدي le défi: كما هو الحال عند الشعور بالتهديد، من الضروري شحذ قدرات وقوات من أجل مواجهة فقدان أو ألم محتمل، حيث يسعى الفرد خلال تقييمه للمواقف إلى البحث عن طاقات للتفاعل الجيد وعن طريقه تمكنه من استخدام هذه الطاقة والإمكانات بفعالية .أما بالنسبة للانفعالات السائدة في مثل هذه المواقف تكون إيجابية على العموم وهي : الثقة بالنفس، إثبات الذات، السعادة، التلهف للمستقبل، الأمل... (Lazarus et Folkman, 1985)

يجب لفت الانتباه في النهاية إلى أن هذه الأعراض لم تفرق إلا بعرض الوصف، لأن في الواقع تقييم موقف تفاعلي أمر معقد ومتشابك للغاية، ففقدان ماضي يمكن أن يؤدي إلى تهديد بالنسبة للمستقبل كما بإمكان موقف تهديدي أن يتطور إلى تحدي (Lazarus, 2001)وإن عمليات التقييم المختلفة

هذه تتأثر بعوامل شخصية مثل :الثقة بالنفس واعتماد بفعاليتها (Bandura, 1997) أكثر منها بالعوامل الموقفية مثل: حدة الموقف وحداثته ومدته أو الحيرة التي يسببها هذا الموقف...
(Lazarus, 2001, p45, Lazarus et Folkman, 1984)

كما تمثل هذه العوامل المتنوعة سوابق لا تتدخل في عملية التقييم (ليست جزء منها)، لكن تحديدها يساعد على التنبؤ بالكيفية التي سيدرك بها الفرد الموقف تهديد أو تحدي، وإلى أي درجة ستبلغ استجاباته الانفعالية شدتها (Lazarus 2001).

وفي نهاية هذا الوصف لعملية التقييم المعرفي (الأولية والثانوية) من الضروري الإشارة إلى أن الأعراض والمظاهر الثلاثة السالف ذكرها (الفقدان، التهديد، التحدي) قد تناولها الباحثون في دراساتهم على أنها نتائج لعملية التقييم الأولي، وفي سنة 2001 اعتبرها **لازاروس** كنتائج لعملية التقييم الثانوي .
(On line, Haza.vovoskovitzo, introdction, 2004)



شكل رقم (2): نموذج المواجهة للازار وس

3. استراتجيات المواجهة، ميكانيزمات الدفاع والتكيف

1.3. استراتجيات المواجهة وميكانيزمات الدفاع

ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن التاسع عشر مرتبطا بصفة محددة بعلم النفس الأنا la psychologie de moi خلال تطور التحليل النفسي التقليدي وعلم النفس الدينامي.

تحدث كل من **فرويد و بروير** (Freud et Breuer) في أبحاثهم الأولى عن بعض الأفكار المضطربة والمشاعر المؤلمة التي بإمكانها أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها، كما وصف فرويد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة التي يلجا إليها الإنسان للمحافظة على كيانه واتزانه النفسي، وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق **فرويد** من ثم إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا

الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية الأخرى، وقد ظهر هذا الدور بالأخص في نصوص **فرويد** في كتابه المشهور"**الكف والعرض والقلق**" (Inihibition, Symptome, et Angoisse, 1962)

وقد عرف **فرويد** مصطلح الدفاع بأنه **:**"تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت واحد من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية "

وانطلاقا من سنوات 60-70 كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الانتقالية بين ميكانيزمات الدفاع واستراتجيات المواجهة حيث بدا الباحثون استخدام مصطلح المواجهة "بدل الدفاع" فرأى **بيري وكوبر** بأن كل إنسان يملك مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية الوظيفية وغير الوظيفية، معتبرين ميكانيزم الإعلاء والفكاهة أكثر نضجا من الميكانيزمات الأخرى (Perry et Cooper, 1989)

أما الفترة الممتدة بين 1960-1980 لوحظ فيها تداخل كبير بين مصطلح المواجهة والدفاع، سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما في أوجه الفروق التالية:

1.1.3. ميكانيزمات الدفاع:

هي عمليات صارمة تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتعدل وتتغير حسب ما يتطلبه الموقف، ضعيفة المقاومة، ترتبط بصراعات بينفسية أو بينشخصية وبأحداث الحياة القديمة وتعمل عموما على تحريف وتشويه الواقع بهدف الحد من التوتر والقلق الذي يسببه الموقف السائد وإبقاؤه عند مستوى معين (يتلاءم وقدرة الفرد على التحمل).

2.1.3. استراتجيات المواجهة:

هي عمليات مرنة، شعورية تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف، متجهة نحو الواقع سواء(داخليا أو خارجيا)، وظيفتها تسمح للفرد بتسيير وتخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة. ولعل جوهر الفصل بينهما يكمن في أن استراتجيات المواجهة تنفصل شيئا فشيئا عن ميكانيزمات الدفاع بالتحديد لكونها محاولات شعورية(إرادية) لمواجهة مشاكل حالية (حديثة).

2.3. المواجهة والتكيف:

أخذ مفهوم المواجهة مرجعيته من نظريات التكيف وتطور النوع التي ترى بأن الفرد يمتلك رصيدا من الاستجابات وردود الأفعال (الفطرية والمكتسبة- الهجوم والهروب..) تسمح له بالاستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات خاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير.

وحسب **لازاروس وفولكمان** (Lazarus et Folmman) التكيف هو مصطلح واسع يحوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا.

على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود وخاص بفئة معينة من هذا التفاعل ورغم أنه يضم مختلف استجابات التوافق عند الأفراد. إلا أنه لا يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالاستجابة للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، بينما يندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال توافقية (متكررة) في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية سلوكية شعورية متغيرة وثابتة . (On line, Concept, Stress, Coping, 2004)

4. تصنيف استراتجيات المواجهة:

1.4. تصنيف لازاروس و فولكمان (Lazarus et Folkman)

حسب المقاربات النظرية ومفهوم المواجهة المتفق عليه، هناك العديد من التصنيفات الممكنة للمواجهة، يوجد العديد من الأنماط المذكورة في الأدبيات انبعثت من مسار اتجاهات نظرية مختلفة.

سوف نعرض اتجاهين سائدين في التصنيف والذي نقترح من خلاله استجابات المواجهة.

التصنيف الأول وهو الذي اعتمده Lazarus et Folkman (1978) و Paulhan (1994)، واللذان يميزان بين الإستراتجية التي تركز على حل المشكل والإستراتجية التي تركز على الانفعالات وكذلك التجنب.

1.1.4. المواجهة التي تركز على المشكل:

تشير إلى إستراتجية تحمل في خصائصها جهد من أجل تخفيض أو تسيير المشكل الذي يكون وراء الضغط المدرك أو مع الموقف الضاغط مباشرة.

يقوم هذا الأسلوب من المواجهة على جمع المعلومات ووضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل، لتغير حقيقة الوضع المدرك على أنه ضاغط بغرض إيقافه أو التحرر منه.

تسعى المواجهة التي تركز على المشكل إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة نقلا عن (عبد الرحمن، 2000، ص314) لذلك فهي مجهودات تهدف لإزالة الحدث المهدد أو تقليص تأثيراته (Carver et al, p184) كما أن هذا النوع من الإستراتجية موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، تم اختيار واحدة منها وتطبيقها، لذلك فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة (Lazarus et Folkman, 1984, p152)

وقد استخدم Lazarus (1966) مصطلح التقييم المعرفي للإشارة إلى النمط الذي يفسر فيه الناس الأحداث أو المواقف الضاغطة، ومن أساليب التقييم المعرفي الانتباه الانتقائي للمظاهر الايجابية للموقف، إعادة تحديد وتعريف الأحداث بنمط أو أسلوب غير مهدد، ويمكن أن تكون التقييمات المعرفية ذات تأثير قليل في مواجهة أحداث الحياة القاسية.

2.1.4. المواجهة التي تركز على الانفعال:

تشير هذه المواجهة إلى الأفكار والأفعال التي تهدف إلى تقليص الأثر الانفعالي للضغط (Craziani et al , 1994, P184) وتعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف، الغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية، ومواجهة معرفية انفعالية.

ويمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة عدة أشكال، إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الانفعال بطرق مختلفة، فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الانتباه، التجنب أو التهرب، أو تمني زوال مصدر الضيق والانزعاج، فهي تعمل على تغيير اتجاه الانتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة، ويظهر أن لهذه الميكانيزمات التوافقية أثر مؤقت وأقل فعالية، أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الانفعالية هو توظيف نشاط معرفي الذي يغير ويبدل المعنى الذاتي للتجربة مثل إعادة تقييم الوضعية، وتضخيم الجوانب الايجابية للحدث، أو إعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي، ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف وتقليص المستوى الانفعالي (Dantechev, 1989, p 25)

إذا تهدف هذه المواجهة إلى ضبط المشاعر والانفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة، مع الاحتفاظ بحالة من الاتزان الوجداني أي التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط وتقبل الفرد لمشاعره وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثمة لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة.

رغم الاختلاف الشاسع بين الباحثين في تصنيف المواجهة إلا أن أغلبهم يرى أن تصنيف **لازاروس** للمواجهة يحتل المكان الأكبر في معظم الدراسات (المواجهة التي تركز على المشكل والمواجهة التي تركز على الانفعال) (Endle et Parker, 1997) مع العلم أن هذين البعدين يخدمان من حيث المبدأ النظام الذي يتوافق مع المميزات العامة للاستجابات الناتجة عن مواجهة الضغط، والتي تمثل مظاهر مكملة مستقلة (Orthogonaux)، لعمليات المواجهة كما يرى (Compas et al, 2001).

2.4. تصنيف موس و بيلنجيز (*Moos et Billinig*)

لقد وضع **موس وبيلنجيز** تصنيف استراتجيات مواجهة الضغوط إلى ثلاثة أنواع تبعا للهدف منها وهذه الأنواع هي التعامل المتمركز حول التقدير، التعامل الممركز حول المشكلة، والتعامل المتمركز حول الانفعال وسنشرحها بشيء من الإيجاز:

1- التعامل المتمركز حول التقدير: يشمل هذا النوع من المواجهة مع مواقف الضغط على محاولات تحديد معنى الموقف ويشمل على استراتجيات مثل: التحليل المنطقي، وإعادة التحديد المعرفي، والتجنب المعرفي .

أ/التحليل المنطقي: تشتمل الأساليب المستخدمة في هذه المجموعة محاولة التعرف على سبب المشكلة مع الاهتمام بجانب واحد في الوقت الواحد .

ب/إعادة التحديد المعرفي: وهي أساليب معرفية يمكن للفرد من خلالها أن يتقبل الواقع الخاص بالموقف وكأنه يعيد بناءه ليجد شيئا مرغوبا في إطاره. وتتضمن مثل هذه الأساليب تذكير الفرد لنفسه بأن الأمور يمكن أن تكون أسوء، وأن يفكر لنفسه كما يفكر بالنسبة الآخرين ، وكذلك على تغير القيم والأولويات بحيث تتسق مع الواقع المتغير.

ج/التجنب المعرفي: يدخل في هذه المجموعة أساليب مثل أفكار الخوف والقلق تحت تأثير الضغط ومحاولة نسيان الموقف بأكمله، ورفض وجود المشكلة فعلا، والانشغال في التخيلات المؤلمة بدلا من التفكير الواقعة حول المشكلة.

2- المواجهة المتمركزة حول المشكلة: تعمل هذه المجموعة من استراتجيات المواجهة في تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة ، وكذلك التغيير النشط للذات وتطوير موقف أفضل وفيما يلي عرض الأساليب المستخدمة في هذه المجموعة:

أ/البحث عن المعلومات: وتشمل أساليب منها البحث عن معلومات أكثر حول الموقف وجمع هذه المعلومات، والحصول على التوجيه من شخص والتحدث مع شخص آخر حول المشكلة.

ب/اتخاذ إجراء حول المشكلة: تشمل هذه المجموعة على إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف بديل للتعامل مباشرة مع الموقف وتعلم مهارات جديدة موجهة نحو المشكلة والتوفيق لحل المشكلة.

ج/تطوير مكافآت بديلة: وتشمل هذه الإستراتجية على محاولات مواجهة موقف المشكلة عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضى كبناء علاقات اجتماعية جديدة وتنمية وجهة نظر ذاتية واستقلال ذاتي أكبر.

3- المواجهة المتمركزة حول الانفعال: وظيفة هذه المجموعة التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط ومن ثم الاحتفاظ باتزان وجداني وتشمل الأساليب التالية:

أ/التنظيم الوجداني: نشتمل هذه الإستراتجية على الجهود المباشرة لضبط الانفعال الناشئ عن المشكلة بواسطة القمع، وكذلك معايشة لانفعالات الشخصية وموجهتها ومحاولة عدم الانشغال بالمشاعر المتصارعة .

ب/التقبل المذعن: تشمل هذه المجموعة على استجابات مثل الانتظار لبعض الوقت لبدء المشكلة وتوقع الأسوء، وتقبل الموقف كما هو والاستسلام للواقع.

ج/ التفريغ الانفعالي: ويدخل فيها التعبيرات الكلامية والبكاء والانغماس في أنشطة اندفاعية موجهة للخارج وقد تشمل هذه الأساليب على إخفاق في التنظيم الوجداني ولكنها توضع في فئة وحدها للتميز بين الأشخاص الذين يتبدلون بين الضبط الانفعالي والتفريغ الانفعالي.

وبالإضافة إلى ما لدى الفرد من إمكانيات يستخدمها في مواجهة الضغوط فإن الإمكانات التي تتاح له من عادات بالآخرين والتي اصطلح على تسميتها بالمساندة الاجتماعية تساعده على تجنب الآثار السيئة للضغوط (الشنوي، عبد الرحمن، 1994)

ويرى **فيلدمان** Feldman أن علاقات بالآخرين يمكن أن توفر وسائل مهمة لمواجهة الضغط النفسي بمستوياته المختلفة وتجعلنا قادرين أن نواجه بشكل أفضل مع الضغط النفسي الذي نتعرض له، فمثلا يستطيع الآخرين أن يوفروا المساندة الاجتماعية من خلال إظهار بأن الشخص بحاجة إلى المساندة وهذا مهم في شبكة العلاقات الاجتماعية وبالمثل فإن الآخرين يمكن أن وفروا معلومات عن الطرق المناسبة لمواجهة الضغط النفسي (Feldman, 1989).

ويرى **هولهان** (Holhan) أن الإقدام يرجع إلى جهود المواجهة المتمركزة حول مواجهة المشكلة، بينما تتمثل استراتجيات التجنب في كل ما يبذل من تجنب هذه المواجهة .بمعنى أخر كل ما يبتعد عن المشكلة (Holhan et al, 1996)

وهناك محاولات أخرى اقترحت اعتماد تصنيف أخر يضم ثلاثة أبعاد أساسية:

1- المواجهة المركزة على المشكلة: تحتوي على استراتجيات تحليل المشكلة، ومعالجة الأولويات والبدائل المقترحة.

2- المواجهة المركزة على الانفعال : وتتمثل في الجهود والنشاطات المتجهة نحو الانفعال مثل التوبيخ الذاتي، القلق، الغضب، الحيرة...

3- التجنب: وتتجه فيه مجموع الاستراتجيات المستعملة نحو المشكلة أو الانفعال(الشخص/ المهمة) و تسعى خاصة وراء الاتصال الاجتماعي أو النشاطات التعويضية الأخرى مثل التسلية، مشاهدة فيلم، التكلم مع صديقالاسترخاء و التأمل...(Parker et Endler 1992, Cosway et al 2000)

5. محددات ووسائل المواجهة

لتفسير الفروق الفردية في استجابات المواجهة ركز الباحثون في دراستهم على مفهومين:

محددات شخصية

أسلوب المواجهة

يمضي أسلوب المواجهة جنبا إلى جنب مع محددات الشخصية، والتي تبقى على الدوام استعدادا ثابتا مهما كانت طبيعة المواقف التي يخبرها الفرد، تؤثر على اختياره لأسلوبه في المواجهة (Terry, 1994, p 896)

لم يتفق أغلب الباحثون حول هذه النقطة، وعرفوا أسلوب المواجهة كميل للاستجابة بطريقة تميز الفرد عن الآخرين خلال المواقف الضاغطة فقط (Boekaerts, 1996)

فاتجه البعض للتأكيد على أن ما يقف وراء المواجهة هي محددات استعدادية (فطرية) " Dispositonnels" (الخصائص المعرفية والسلوكية للشخص)، أما بالنسبة للبعض الآخر فالمواجهة تحدد بواسطة محددات موقفية " Situationnelles "(طبيعة المشكلة، قابليتها للمعالجة و للضبط...).

1.5. المحددات الفطرية للمواجهة: حسب العديد من الباحثون ومنهم Costa et al (1996) استراتجيات المواجهة ليست خاصة بل عامة لأنها تحدد بخصائص الفرد الثابتة (سمات الشخصية) أكثر منها .بمتغيرات وعوامل الموقف، وقد ثبت بأنه ليست خصائص الموقف التي تؤثر على الفرد، ولكن الطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف (*Cohen et al, 1983*)

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى المواجهة باعتبارها عملية تكيفية، يتأثر فيها التقييم الأولي والثانوي بالخبرات والتجارب النفسية والاجتماعية السابقة للفرد.

2.5. المحددات المعرفية للمواجهة

يعتقد الأشخاص أن ما يصيبهم يتحدد بقدراتهم ومهاراتهم الداخلية على المواجهة، ومن بين هذه المحددات المعرفية يوجد:

المعتقدات: (نحو الذات، العالم، الموارد والقدرات،حل المشكلات...)

الدوافع العامة: (القيم، الأهداف، الفوائد)

موقع الضبط: (خارجي أو داخلي)

أكثر مما يتحدد بالأسباب والعوامل الخارجية مثل: الحظ والصدفة والقدر... وهذا ما يسمح لهم بإدراك الموقف على أنه قابل للتحكم والمراقبة وأن المواجهة تستمد قوتها من مصادر ملائمة ومتنوعة، مما يؤدي إلى استخدام استراتجيات مركزة على المشكلة، وبالتالي الضبط الخارجي للموقف، بالإضافة إلى ذلك

هناك الكثير من العوامل المعرفية التي تحكم سلوك التقييم والمواجهة كإدراك فاعلية الذات، وتقديرها، التفاؤل...)

3.5. المحددات السلوكية للمواجهة

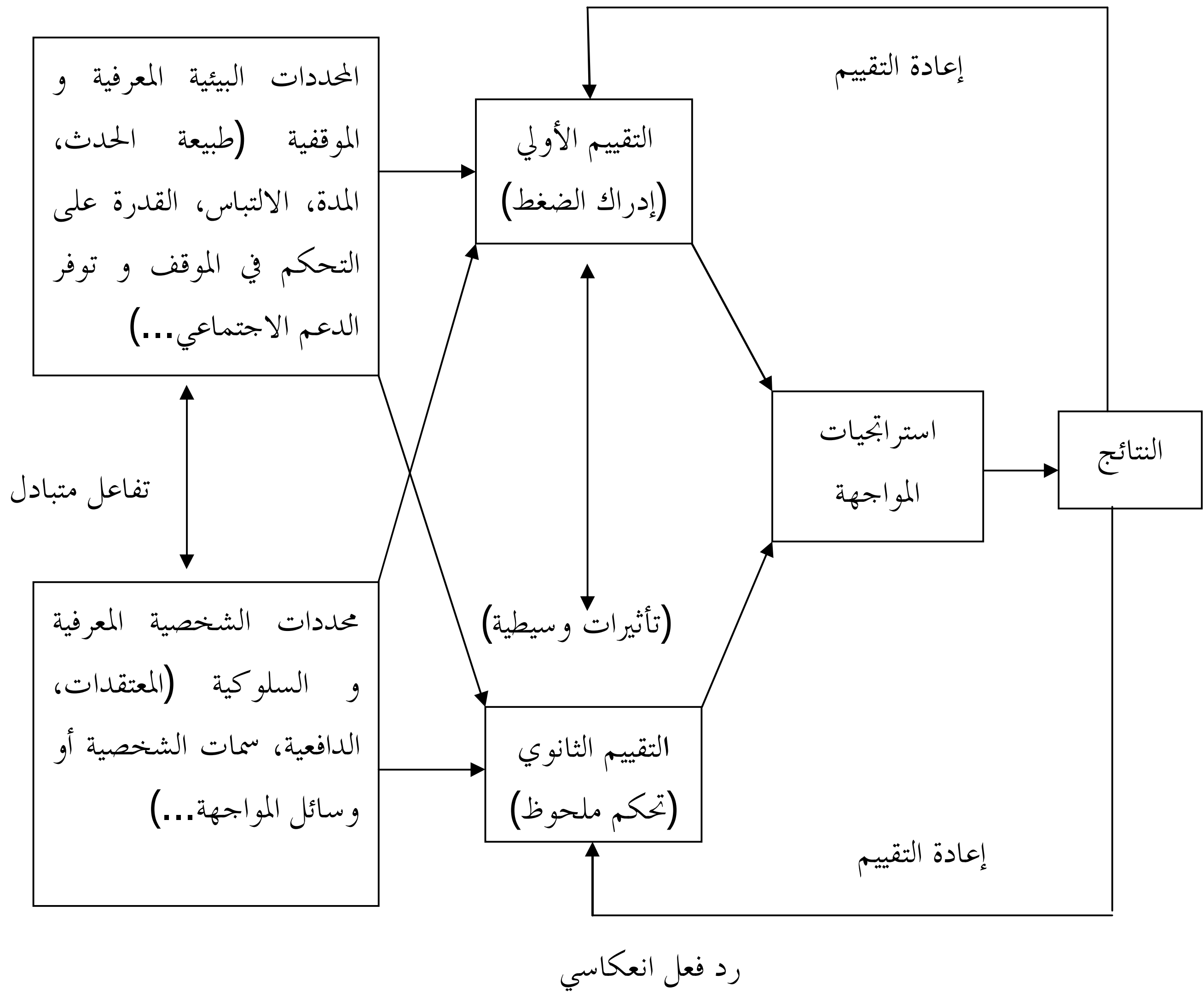
إن العلاقة الشخصية والمواجهة قوية وواضحة جدا (Costa et al, 1986, p51) لهذا أكد الكثير من الباحثون على أن عملية التقييم واختيار استراتجيات المواجهة يتحددان ولو جزئيا ببعض الخصائص والاستعدادات النفسية والاجتماعية الثابتة عند الأفراد. وليس فقط بخصائص الموقف المتغيرة، الأمر الذي يفسر لنا لماذا تتغير استجابات المواجهة من الموقف إلى آخر والذي يعطينا فرصة التنبؤ الجيد أو الإيجابي بخصوص الاستراتجيات المفضلة للمواجهة مثل الصبر أو الاحتمال (L'endurence) الذي وصف من طرف (Kobasa et al, 1982) والمقاومة (La résilience) التي تقضي وجوب تسهيل وتبسيط الأحداث الضاغطة و الاعتقاد بأنها ما هي إلا تحديات يجب التصدي لها أكثر منها تهديدات تتعدى طاقة الفرد على الاحتمال.

وقد تنتج من جهة أخرى بعض سمات الشخصية (كالقلق والعصاب و الاكتئاب والعدوانية...) تقييمات سلبية (ضغط مرتفع، فعالية أو تقدير ذات منخفض.....) مما يؤدي إلى اعتماد استراتجيات مركزة على الانفعال وبالتالي مواجهة غير فعالة للموقف.

4.5. المحددات الموقفية والتفاعلية للمواجهة

يرى الباحثون بأن (التقييم الأولي / الثانوي) والمواجهة هما عمليات تفاعلية، تقومان على خصائص الفرد والموقف في آن واحد فقد تتأثر عملية التقييم بخصائص عديدة من البيئة المحيطة: كطبيعة التهديد، المدة التي يستغرقها، قابلية التحكم في الموقف و مراقبته، الالتباس الذي يحتويه، توفر الدعم الاجتماعي ونوعيته... كما يمكن أن تتأثر وتحدد عملية التقييم والمواجهة ولو جزءنا بواسطة متغيرات موقفية مختلفة من شأنها أن تساعد الفرد عند الحاجة.

والشكل التالي يوضح من اليسار إلى اليمين دينامية عملية المواجهة وتفاعل مختلف مكوناتها المعرفية والبيئية والشخصية، والعمليات التي تسمح للفرد بمواكبة التطورات والتغيرات التي تطرأ على العلاقة مع المحيط وهي عملية التقييم وإعادة التقييم، واستراتجيات المواجهة وآثارها المباشرة وغير المباشرة ووظيفة المواجهة (حل المشكل، وضبط الانفعال).



شكل رقم (3) :مراحل و محددات عمليات المواجهة

المصدر:(On line, Concept, Coping, 2004 **)**

6. العوامل التي تؤثر في أساليب المواجهة

إن ردود أفعال الأفراد نحو المواقف الضاغطة متباينة، واستجابة الأفراد لموقف ما مختلفة من فرد إلى آخر، ويعود هذا التباين إلى شخصية الفرد والخبرات التي يتعرض لها وقدرته على مواجهة صراعات الحياة، فإدراكه للمواقف الخارجية وفكرته عن ذاته والطريقة التي يدرك بها ذاته تعتبر النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته. هذه العوامل تحدد كيفية تصرفنا أمام المواقف ومواجهة الضغوط النفسية . .وقد

أشار كل من Moss و Schaefer إلى أن العوامل الشخصية و خاصة النضج الانفعالي والمعرفي والثقة بالنفس تؤثر في طبيعة أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد، إضافة إلى العوامل المرتبطة بالمواقف الضاغطة وخصائص البيئة التي يعيش فيها الفرد (Compas et al, 1988) .

وهناك عوامل أخرى تؤثر في أساليب مواجهة الفرد للضغوط وتقسم إلى:

أولا : عوامل شخصية وديموغرافية.

ثانيًا : عوامل خاصة بمواقف الضغط وبيئته.

أولا: العوامل الشخصية والديموغرافية : تتضمن العمر، والجنس، والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والجماعات الفلسفية والدينية التي ينتمي إليها الفرد، والخبرات السابقة مع مواقف الضغط وأساليب مواجهتها، حيث تفيد هذه العوامل في تحديد الموقف الضاغط كما تساعد في إيجاد حل لمواجهتها.

أما بالنسبة لمتغير الجنس فتشير الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مرحلة ما قبل البلوغ في الاستجابة لمواقف الضغط بشكل عام، وتبدو استجاباتهم لمواقف الضغط النفسي، وأشار كل من Dunn و Rutter (1981) إلى أن الأولاد يميلون للانسحاب أكثر من الإناث وكأنها تحدث في الاتجاه نفسه فيما لا تتأثر بقية السلوكيات باختلاف الجنس. ويرى Rutter (1981) أن سبب الاختلاف في ردود أفعال الأطفال من الجنسين في مواقف الضغط النفسي يعود إلى اختلاف أسلوب تعامل الوالدين مع أبنائهم الذكور والإناث، حيث ربما يكون الوالدين أقل عونًا لأولادهم الذكور في مواجهتهم لضغوط الحياة أو أنهم يستجيبون بطريقة سلبية لردود الأفعال الخاطئة الغير سوية لدى أولادهم الذكور.

أما بالنسبة للراشدين فقد وجد كل من (Moss & Billing1984) أن هناك فروق بين النساء والرجال في أساليب مواجهتهم للضغوط، وأن النساء أكثر عرضة من الرجال للضغوط البيئية وأنهن يمتلكن القليل من المصادر الاجتماعية المساعدة والرجال أقل استخداما لأسلوب المواجهة الانفعالية والهروب . وأما النساء فهن يستخدمن أساليب مواجهة أقل عددًا من تلك التي يستخدمها الرجال.

أما دراسة كل من Stone و Neale (1984) أشارت إلى أن الرجال يفضلون أساليب مواجهة مباشرة بينما تستخدم النساء أساليب مواجهة تعتمد على الدين والاسترخاء والبحث عن المساندة الاجتماعية.

وقد أكدت عدة دراسات مثل Solomon (1990) Schussler (1992)على أن نوع أسلوب المواجهة يرتبط بشكل كبير مع التكيف مع الموقف الضاغط في حين أن أسلوب المواجهة الفعالة أفضل من تجنب المشكلة والانسحاب، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى اضطرابات سيكوسوماتية.

وعلى هذا فإن نوع الأسلوب المستخدم من المرأة سواء كان فعالا أو غير فعال يؤدي إلى سلامة المرأة الصحية والنفسية أو إلى زيادة اضطراباتها النفسجسمية، في حين وجد كل من Brown et Harris أن دور العلاقات الشخصية هو أقل فعالية عند النساء كما هو الحال عند الرجال (Rutter, 1981).

ثانيًا : العوامل الخاصة بمواقف الضغط وبيئته: ، فقد حدد كل من Rees و Smyer (1980) أربعة أنماط من المواقف التي يمكن أن ترتبط بالضغط وتؤثر فيه وهي:

أ – البيولوجية مثل المرض أو الموت.

ب – الشخصية مثل الزواج.

ج – البيئة الفيزيائية مثل الكوارث الطبيعية والانفجارات.

د – الاجتماعية الثقافية مثل القيود التي يفرضها المجتمع من خلال العادات والعرف والتقاليد وعندما لا يستطيع الفرد تغيير الحدث أو آثاره فإنه يقوم عادة بمحاولة تغيير معنى الموقف بالنسبة له وكذلك تغيير مشاعره نحو الحدث (Beech, et al 1982) .

II/الاضطرابات السيكوسوماتية

تمـــهيد

لقد تعددت النظريات والمدارس في تحديد الطبيعة المرضية للأمراض السيكوسوماتية، وهذا لصعوبة فهم التفاعل الحاصل ما بين عما هو نفسي و جسدي والفصل بينهما كذلك الجانب الوراثي عن الجانب المكتسب، إذن فالمشكلة متعددة التفسيرات وتحتاج في تفسيرها إلى الفهم الشامل لكل مكون من هذه المكونات، ولقد ارتبط مفهوم الأمراض السيكوسوماتية بعدد كبير من المدارس بحيث بدا أنه من الصعوبة إعطاء مفهوم شامل وموحد لهذا الاضطراب، وهذا لارتباط هذا المفهوم بعدد كبير من المعاني بحيث يبدو من غير الممكن إعطاء وصف شامل وموحد لهذا المجال ولأن العلاقة بين النفس والجسد قد كانت دائما الموضوع الرئيسي للبحث النفسي، فقد تميز هذا الفرع منذ البدء بالمساهمات الغنية من العلوم المختلفة. فمن المحللين النفسين على سبيل المثال كان **فرويد وغروديك** و آخرون، ومن الأطباء الباطنيين كان **ف.ف فايتسيكير وييلز و هاير**، ومن الفيزيولوجيين كان كانون Canon ، وقد أعقبت ذلك مساهمات مهمة من قبل باحثي نظرية الإرهاق والضغط سيلي Syle ومن قبل نظرية التعلم **بافلوف وبيريس.**

1. تعريف وتفسير الاضطراب السيكوسوماتي

إن مصطلح السيكوسوماتية مشتق من اللغة اليونانية و هي تجمع بين كلمتين هما: *Psyché* و تعني النفس، و *Soma* بمعنى الجسد أو البدن. تخصص من تخصصات الطب يدرس تأثيرات العوامل النفسية على الأمراض العضوية، نمط عملها و العلاجات الجديدة التي تفرضها. (C.H.Favrod, 1975, p170) أي أنها مقاربة لفهم و علاج كل الأمراض العضوية انطلاقا من التأثير النفسي.

* يعرفها العالمان **فابيان ل.روك** و **د.كوستيلو** أنها: مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه و تكون من الحدة و الإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها. (عطوف محمود ياسين، 1981، ص137). ما نلاحظه في هذا التعريف

هو ضم زمرة المرضى الوظيفيين إلى زمرة المرضى السيكوسوماتيين و ما يميز هاته الأخيرة أنها تقاوم العلاجات العقاقيرية الطبية التي تعرب عن إفلاسها أمام هذا النمط من الأمراض.

* يعرفها J. Postel (1998, p.384) بأنها: « كل ما له علاقة بالجسد و النفس خاصة الإصابة الحشوية العضوية أو الوظيفية الناتجة جزئيا أو كليا بسبب عوامل نفسية عاطفية.» و يذهب Bloch (2002, p1042) نفس مذهب Postel و يعطي نفس التعريف.

يعرف مفهوم الاضطراب السيكوسوماتي في الانسكلوبيديا البريطانية بأنه الاستجابة الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمي .

أما الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب العقلي DSM2 (1968) فيورد تعريفا للاضطراب السيكوسوماتي بكونه مجموعة أعراض فيزيولوجية تسببها عوامل انفعالية تصيب جهازا عضويا واحدا، غالبا ما تكون تحت تأثير الجهاز العصبي الذاتي.(Shapiro, 1980)

ووفقا للمراجعة الثالثة في الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية DSM4 .بمفهوم جديد هو الاضطرابات الجسدية الشكل، بينما أطلق عليه في التصنيف الرابع العوامل السيكولوجية المؤثرة في الظروف الطبية.

ويعرف **محمود السيد أبو النيل** (1972) الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها الاضطرابات المألوفة لدى الأطباء والتي يحدث فيها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تام لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي (أبو النيل، 1972).

أما Lachman (1972) فيعرف الاضطرابات السيكوماتية بأنها اختلالات فسيولوجية وتلفيات بنائية في الجسم ناتجة بصفة أولية عن عمليات نفسية أكثر من عوامل فيزيقية كما هو الحال في الأمراض العضوية.

أما **حامد عبد السلام زهران** (1974) فيعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس ذو أصل نفسي بسبب (الاضطرابات الانفعالية) تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (زهران، 1977)

2. التصور التاريخي للاضطرابات السيكوسوماتية

بغرض توضيح كيفية ميلاد «السيكوسوماتية» و تظاهراتها عبر العصور حري بنا أن نتطرق باختصار لأهم المحطات التاريخية للطب بصفة عامة و للتيار السيكوسوماتي بصفة خاصة.

يرى Henri Ey (Haynal, 1997, p10) أن الطب تأرجح منذ الماضي السحيق بين تيار دينامي تركيبي يدرس الإنسان باعتباره كل لا يمكن فصله وهي مدرسة Cos بزعامة Hyppocrate أب الطب الفلسفي الذي ربط مزاج الفرد بالأخلاط الأربعة (الدم يفرزه الكبد/ البلغم تفرزه الرئتان/ الصفراء تفرزها المرارة/ السوداء يفرزها الطحال...) و اعتبر أن الشخص السوي هو الذي له توازن بين هاته الأخلاط، و اعتبر أن الميلانخوليا ترجمة لمرض جسدي. (Bensmail, 1993, p 53) و تيار تحليلي آلي مثلته مدرسة Cnide، كما كتب **أفلاطون** (347/428 ق م) « إن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل و هذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا إذ أنهم يفصلون النفس عن الجسد في معالجتهم للجنس البشري» (النابلسي، 1992، ص. 15).

و لكن هذا لم يكن سوى دراسات فلسفية تقوم على منهج عقلي استنباطي تحول على يد **ابن سينا** إلى دراسات علمية تقوم على التجريب انطلاقا من تجربة الحمل و الذئب الشهيرة، حتى إنه ليمكننا البوح بأنه المؤسس الفعلي و المرجع الموضوعي «السيكوسوماتية»(النابلسي، 1991، ص. 80).

و أول ما ظهر لفظ نفس-جسدي ظهر على يد الطبيب الأخصائي في الأمراض العقلية الألماني Heinroth سنة 1818 و عنى به تأثير النفس على الجسد. ثم يأتي Jacobi باقتراح لفظ جسد-نفسي سنة 1828 للدلالة على تأثير الجسد في النفس. (Dongier, 1976, p.222) ، كما نشر رائد الطب النفسي البريطاني D.H.Tuke عام 1884 الطبعة الثانية من كتابه: **إيضاحات حول تأثير العقل على الجسم في حالتي الصحة و المرض**، ففي كتابه هذا أكد Tuke أن العقل و الجسم متداخلان كأشد ما يكون من تداخل في عملية فيزيولوجية بالغة التعقيد. (**قرص: العقل السليم و العقل المريض**).

إلا أن الاستخدام الدقيق للمصطلح أتى على يد F.Deutsh عام 1922 (النابلسي، 1992 ، ص. 17) ثم ارتبط مفهوم السيكوسوماتية بمجموعة من المحللين النفسيين مثل: Freud/ Groddeck/Alexander/Dunbar / Marty / Sami Ali .

و يرتبط اليوم بمفهوم السيكوسوماتية عدد كبير من المعاني، بحيث يبدو من غير الممكن إعطاء وصف شامل و موحد لهذا المجال. لهذا ارتأينا كما يقول Valabrega (Marty, 1994, p. 13) لوضع تعار يف عملياتية و معهودة لحقل السيكوسوماتية.

3. النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية:

لقد شهد تاريخ السيكوسوماتية بروز عدة مقاربات و تصورات مفسرة للاضطراب السيكوسوماتي و هذا ما سنفصله بشيء من الاختصار متعرضين لأهم هذه النظريات فيما سيأتي:

1.3. المدرسة الفيزيولوجية

يرى Cannon أن أصل الانفعالات لا يكمن في الوظيفة الحشوية و إنما متمركز في الجهاز العصبي المركزي. حيث يرى أن الهروب أو القتال يؤدي إلى مجموعة من التظاهرات الفيزيولوجية التي بإمكانها أن تفرز هرمون خاص يسمى **"هرمون الإجهاد"** و المعروف الآن بـــ **"الأدرينالين"** (Ph.Jeammet, 2001, p. 205).

لقد لاحظ أن الخوف، الألم، الغضب و الجوع من شأنها أن تؤدي إلى إفراز الأدرينالين الذي يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم و تسارع نبضات القلب. و توصل **كانون** لأدلة علمية تثبت بأن هذه التغيرات قابلة لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحول إلى أمراض و إصابات عضوية. (النابلسي، 1992، ص. 21).

أدخل Selye مفهوم الإجهاد سنة 1935 كاستجابة غير خاصة لاعتداء كيميائي أو فيزيقي بحيث يحدث عند وجود ضغط إفراز مفرط لهرمون قشري كضري مهما كانت العوامل الضاغطة يستجيب الجسم بنفس الطريقة ويصبح الجسم ضحية ميكانيزماته الدفاعية. (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص. 114).

كما وسع مفهوم الإجهاد من خلال وصفه للتناذر العام للتكيف"SGA" و الذي قسمه إلى:

- مرحلة الاستعداد.
- مرحلة المقاومة.
- مرحلة الاستنفاذ، و فيها تستنفذ قدرات الجسم على التكيف مع عوامل الشدة. (النابلسي، 1992، ص. 24، 25).

2.3. المدرسة التحليلية

قبل التعرض لأهم النظريات التحليلية المفسرة للاضطراب السيكوسوماتي حري بنا العودة إلى النصوص الأولى لأب التحليل النفسي Sigmund Freud التي غرست بذور السيكوسوماتية.

- مساهمة فرويد: رغم كتابة **فرويد** في رسالة إلى **فايتسكر** «أنه لا يمكننا على الإطلاق القيام بالقفز من الجسدي إلى النفسي.» (فون راند، تسيبف، 1998 ، ص. 78)، فإنه حاول تجاوز الحدود و وصل هذين المجالين، من خلال نظريته حول النزوات كما أنه يمكننا القول (مع بعض التحفظ) أن فرويد انطلق من نظرة سيكوسوماتية يعكسها كتابه المشترك مع **بروير** دراسات حول الهستيريا حيث يقول أن التحليل النفسي وليد الهستيريا(Paumelle, 2001, p. 16) و إضافة إلى هذا نقول أن السيكوسوماتية وليدة الهستيريا فحسب فرويد يتم من خلال التحويل الهستيري جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل مجموع إثارته إلى الجسد. و بصورة موازية لتصور التحويل يقول **فرويد:** «إن مظاهر جسدية مشابهة (الإمساك، الصداع، الوهن) يمكنها أن تتراوح في انتمائها بين سجل و آخر و عليه فإن وجود هذه المظاهر لوحدها غير كاف لنسبتها إلى سجل الهستيريا و إنما يتحدد هذا النسب بتحديد مدى العلاقة بين هذه المظاهر و بين منشئها الجنسي و إشكالية اللذة» (مارتي بيار و آخرون، 1990، ص. 96). و يتحدث **فرويد** هنا عن نوع خاص من الأعصبة أسماه الأعصبة الراهنة، و هي أعصبة لا تشكل أعراضها تعبيرا رمزيا بل تنتج مباشرة عن غياب أو عدم تلاؤم الإشباع الجنسي و تشمل عصاب القلق و العياء ثم اقترح لاحقا إدراج الهكع ضمنها (لابلانش، 1997، ص. 333) و لكن فكر **فرويد** تمركز حول السيرورة النفسية و لم يهتم بالاضطرابات الجسدية.

كما أن النظريات الجديدة في السيكوسوماتية تستند إلى المصطلحات الفرويدية كالجسم الحقيقي، الجسم الخيالي و هما حجر الزاوية في النظرية العلائقية **لسامي علي**، الهوام صاد الإثارات، نزوات الحياة و نزوات الموت، القلق الأوتوماتيكي، قلق الإشارة و هي أهم المصطلحات لشرح الاضطراب السيكوسوماتي خاصة نظرية **البروفيسور بيار مارتي.**

و باختصار نقول أن: التحليل النفسي الكلاسيكي هو عماد السيكوسوماتية.

- إسهام ***Groddeck***:

دخل Groddeck ميدان السيكوسوماتية بروح ابتكارية مبدعة فحسبه الهو القوي المبدع قادر على إنشاء العرض العصابي، سمة طبع أو حتى المرض الجسدي (Jeammet, 2001, p. 202) و وضع لكل مرض جسدي قيمة رمزية، فمرض القلب يرمز للحب و قمعه، القرحة المعدية تعود إلى ما هو في عمق الروح (لأن الهو وضع الروح في البطن) ، سرطان الرحم يعبر عن المحرمات ضد الواجبات الأمومية، الزهري يصيب أولئك الذين لديهم الهو محمل بأخلاق جنسية جامدة... إن الهو هو من يقرر أن تنكسر العظام عند السقوط أو لا (Debray, 1983, p. 10).

النظرية التحليلية الدينامية: نجد في هذه النظرية رواد المدرسة الأمريكية أمثال Alexander / Dunbar / Grinker / Deutsch English / Weiss / Félix / Cob... حيث اهتموا بالتمييز بين آلية التحويل الهستيري و تشكل المرض السيكوسوماتي و حاولوا تحديد بروفيل شخصية لكل نمط مرضي.

- النظرية الانفعالية (العصاب العضوي و خصوصية الصراع)

مثل هذه النظرية هو **ألكسندر** تلميذ Ferenczi و مؤسس الطب السيكوسوماتي الحديث. صنف **ألكسندر** تحت تسمية «العصاب العضوي» مجموعة من صور الأمراض (مثل القرحة المعدية/ ارتفاع ضغط الدم الأساسي/الربو الشعبي، وكذلك اضطرا بات وظيفية خالصة بدون تضررات عضوية) (تسيبيف، 1998، ص. 80) وحسبه يحدث عصاب العضو عن نمط خاص من الصراع اللاشعوري بشرط توفر ثلاث عوامل و هي:

1- نوع خاص من الصراع

2- قابلية خاصة للجسد تسمى العامل الجسدي (س)

3- الوضعية الحالية للصراع

ما يجدر ذكره هنا هو أن العاملين الأولين يمثلان ما جاء به **فرويد** فيما يخص المسايرة الجسدية، أما العامل الثالث يدفعنا إلى الأعصبة الراهنة. (Debray, 1983, pp. 11, 12). ميز **ألكسندر** بين الهستيريا التي تصيب الأعضاء الإرادية الحسية الحركية و الاضطراب السيكوسوماتي الذي يصيب الأحشاء و الأعضاء اللاإرادية (فيصل محمد خير الزراد، 2000، ص. 13) كما افترض أن لبعض

الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية، في حين مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. (النابلسي، 1992، ص. 46).

- نظرية الاستعداد:

H.F.Dunbar هي تلميذة **ألكسندر** ، اهتمت بوصف نماذج نفسية و لكل نموذج نمط معين من الأمراض السيكوسوماتية من خلال دراستها عام 1943 بروفيل 80 % من ضحايا الحوادث المتواترة : اندفاعيين، يحبون المغامرة، يعيشون في الحاضر، غير قادرين على ضبط عدوانيتهم خاصة اتجاه ممثلي السلطة و يبحثون عن العقاب الذاتي بسبب تأنيب الضمير لاشعوريا، و هم على العكس من الناجحين الطموحين و المهتمين بالمستقبل و يشبعون حاجاتهم انطلاقا من أهداف مرسومة مسبقا. (Haynal, 1997, p. 11). كما يرجع لها الفضل في تحديد عدد من العلامات السلوكية المعترف بها من قبل جميع العاملين في السيكوسوماتية. (النابلسي، 1992، ص. 44).

3.3. المدرسة السيكوسوماتية الباريسية:

يمثلها كل من نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي بزعامة **بيار مارتي** والنظرية العلائقية بزعامة البروفيسور **سامي علي.**

1.3.3. نظرية الاقتصاد السيكوسوماتي:

يقول **بيار مارتي** «لولا فرويد لكان عملنا مستحيلا.» (Marty, 1976, p. 86). و هذا معناه أن نظريته تعتمد و تقوم على أسس التحليل النفسي الذي يعتبره ضروريا لدراسة الاقتصاد السيكوسوماتي من خلال المحورين الاقتصادي و الدينامي لما وراء علم النفس. و يفترض **مارتي** أن التوازن السيكوسوماتي هو حصيلة التوازن بين غريزتي الحياة و الموت، كما اهتم **مارتي** بالسير العقلي للفرد فهو يرجع الإصابة الجسدية إلى ضعف في العقلنة و التي تعني النشاط التمثيلي و الهوامي للفرد و بما أن ربط التمثيلات يتم في نظام ما قبل الشعور، فتقييم العقلنة يكافئ تقييم ما قبل الشعور، فحسب **بيار** تدرك العقلنة حسب ثلاث محاور:

* الغلاظة: تخص عدد طبقات التمثيلات المجمعة خلال تاريخ الفرد.

* السيولة: تخص نوعية التمثيلات و انتقالها فيما بينها.

* الديمومة: تعكس توفر مجموعة التمثيلات في كل وقت على المستوى الكمي كما على المستوى الكيفي.

و يضيف محك رابع ألا و هو سيطرة مبدأ الألم - اللذة أو اضطرار التكرار على النشاط التمثيلي (Smadja, 2004, p. 189). و بالتالي من وجهة نظر **مارتي** ليس هناك عضو مصاب بل هناك جهاز عقلي مختل، يظهر من خلال التدهور الوظيفي للموقعيتين.

و ليتسنى لنا فهم نظرية **مارتي** بدقة يتوجب علينا التعرض لأهم المبادئ التي اعتمد عليها:

- **مبدأ التطور:** يولد الفرد عبارة عن مجموعة من الوظائف حيث تعمل كل وظيفة باستقلال عن الأخرى دون أن تشكل نسقا معينا و مستقلا و هذا ما يسميه «الفسيفساء »، ففي البدء يعتمد الطفل على أمه لتنسيق هاته الوظائف من خلال قيامها بالشحن المستمر للنرجسية غير المتمايزة عن طريق لعبها بدور الوسيط مع العالم الخارجي حيث تقوم هي بدور الوعي و ما قبل الوعي في آن واحد (النابلسي، 1992، ص. 71) ثم يستقل الطفل شيئا فشيئا أثناء مراحل النمو اللاحقة فتواصل الحركة التطورية مسارها إلى أن يكتمل النمو (Marty, 1976, p. 119)

مفهوم التعقيل : *Concept de mentalisation*

يميز هذا المفهوم العمل النفسي المنجز بالدوام لتفريغ الإثارات عن طريق البناء، هذه الإثارات التروية لابد من تفريغها، وفي حالة عدم التفريغ تراكمها يؤدي إلي تفاعل سيرورة التجسدن (*processus de somatisation*).

ذكر L. Andjelkovic و شركاؤه: « التعقيل يعالج إذن كميا وكيفيا التمثيلات والصور النفسية وديناميتها، فهو يؤهل كفاءة الجهاز النفسي للقيام بربط الإثارات التروية من خلال أنظمة و شبكات التمثيلات، ترابط الأفكار المختلفة، والتفكير المملوء بالعاطفة (*affects*) »

نموذج هدا النشاط مستوحي من ذلك الذي وصفه **فرويد** في الفصل السابع من تحليل الأحلام.

ويقول Szwec: عند المصاب بالربو « التمثيلات بإمكانها أن تكون سطحية، وتعطي قليلا من الترابطات، إنه بالإمكان إعادة إنتاج الإدراكات المعاشة في الواقع دون عمل نفسي، وتترجم بذلك خلل في الكبت».

يقول Marty (1976) : « في بعض الحالات، الشحنة العاطفية تبدو مهمشة مربوطة بالأشياء، ويتبع بعد ذلك ضياع الشحنات العاطفية في مستوى التمثيلات الكلامية وكفاءاتها علي الترميز، حيث تصبح غير مؤكدة عندما لا يلعب ما قبل الشعور دوره كمفترق طرق منظم لسير التمثيلات ما بين الشعور و اللاشعور، والحركات اللاشعورية تصبح عاجزة عن التعبير إلا في وقت النشاط الراهن».

هذه الحالة المتعلقة باللاتنظيم، ينتج خطاب فقير من حيث المحتوى الهوامي الناقل للوجدان، والمحتويات الخيالية المملوءة بالاستثمار الليبيدي، تعوض المضامين النفسية بخطاب طبي، وهي إستراتيجية معلنة لفشل سيرورة الإسقاط.

تراكم الطاقة المتولدة بسبب عجز ما قبل الشعور في تفريغها عن طريق عمل بنائي رمزي ثانوي، ترجع ضد الجسد بتفريغات مدمرة.

تتكون التمثيلات منذ الطفولة الأولي، وكميا يمكن أن تكون غير كافية وغير متوفرة بسبب عدم ارتباطها بالتمثيلات، و تقود هذه الخصائص الراشد إلى التميز.

عصابات السلوك (*Névrose de comportement*) ، وعصابات الطبع سيئة التعقيل (*Névrose de caractère mal mentalisée*) ، والعصابات النفس- جنسية لفرويد، ويمكن بالطبع التساؤل حول زوال الجنس في النفس- جنسي، هل هو إغلام (*érotisation*) في مكان عضو المصاب؟ التساؤل التالي يبدو أنه وجد الإجابة عليه في عملية التحليل النفسي التي تهدف إلى إرجاع العميل إلى طريق الكبت الثنائي للمحتويات التمثلية لإعادة إدماجه في شبكته الرمزية للوحدة الجنسية الناقصة.

فالتعقيل هو عملية شاملة للحياة الهوامية والخيالية والاستثمارات العلائقية، هذه الوظائف تتشابك، وهذه الاستمرارية الدينامية تسجل في هذه الوظائف التي بدونها كل تقييم لدرجة التعقيل لا يكون إلا مضاربة محضة (*spéculation*) ، وإعادة الاعتبار للتصنيف الأول يؤدى إلي التصنيف الثاني الذي هو أجدر بالنظام الاقتصادي الذي يحدد الكيفيات الأساسية لما قبل الشعور.

2.3.3. النظرية العلائقية «البروفيسور سامي علي»:

يتزعم هاته النظرية البروفيسور **سامي محمود علي** و هو واحد من كبار الأخصائيين في حقل السيكوسوماتية المعاصرة، يفترض أن الجهاز المناعي ينشأ أساسا من نظام علائقي خاص و أنه يتأثر بالجهاز النفسي.

* تأثير الجهاز النفسي على الجهاز المناعي: إن أي تغيرات تطرأ على الحالة العقلية عند الفرد، تؤثر تأثيراً مباشراً على وظيفة جهازه المناعي، والعكس صحيح.

ولعل أول بحث علمي تناول ظاهرة علم المناعة النفسي ـــ العصبي بشكل مجمل كان قد ظهر عام 1919م وذلك عندما نشر باحث ياباني، يدعى إشيغامي (Ishigami)، لأول مرة نتائج بحثه عن السل بين أطفال المدارس. و في السبعينات من القرن العشرين أجريت دراسة في ويلز الجديدة بأستراليا، تم في هذه الدراسة فحص عينات من خلايا الدم البيضاء ـــ المكونة في قسم منها لجهاز المناعة ـــ لدى الذين يعانون من الحرمان الانفعالي والعاطفي، وتمت مقارنتها بعينات من خلايا الدم التي لم تتعرض لمثل هذا الحرمان. في هذه الدراسة تمت السيطرة، بطبيعة الحال على جميع المتغيرات، كالعمر والجنس وكل العوامل الأخرى التي قد تغيِّر بعض الشيء من النتائج، ولقد اتضح في نهاية الدراسة أن جهاز المناعة لدى الذين يعانون من الحرمان قد انخفضت كفاءته إلى أدنى مستوى. **(قرص: العقل السليم و العقل المريض).** و يفيد **سامي علي** أن الإسقاط ينظم عمل الجهاز المناعي من خلال وصله بين النفس و بين هذا الأخير. (Calza, Contant , 2002, p. 17). و يشدد **سامي علي** على أهمية و دور عدم تناسق التطور النفسي، منذ مراحل الطفولة المبكرة في إحداث الأمراض السيكوسوماتية، إذ أن عدم التناسق هذا يحول دون تأسيس ميكانيزمات دفاعية ملائمة، و هذا ما يؤدي إلى ضعف و هشاشة الأنا. (النابلسي، 1992، ص. 50).

و يتمحور منظور **سامي علي** في هذه النظرية حول فرضية فحواها أن الجسدي تماما كالنفسي علائقيين و أن العلاقة في هاته الحالة تفرض أربع أبعاد مختلفة و متكاملة و هي: الفضاء/ الزمان/ الحلم/ الوجدان . (Sami ali 2005)، حيث يضع **سامي علي** الزمان و الفضاء مكان الجنس في نظرية **فرويد** و يعتبرهما محددان جسديان لا يمكن فصلهما عن تنظيم الفكر.حيث يبتكر الجسد فضاء و زمان و يسقطهما في العالم الخارجي. من وجهة نظر تطورية، الفضاء يتطور بالإدخال المتبادل للبعد الثالث مرورا بفضاء ثنائي الأبعاد مكمل (مرآوي)، إذ يتطور من الحسي إلى التمثيلي، يتبع إذن كل المخاطر للوصول إلى الأوديب و إذن درجة الاختلاف مع جسد الأم. إن الشرجية في تعبيرها النزوي الحركي و العدواني تسمح بالمرور إلى البعد الثالث، حيث في هذه المرحلة يبنى الداخل و الخارج و بالتالي يفرق بين الأنا و اللاأنا. أما الزمان فينشأ من الإيقاعات الجسدية إذ العلاقة مع جسد الأم عن طريق الإيقاعات

الجسدية حاضرة في الحياة الرحمية منذ ما قبل الولادة و تتواصل عن طريق المبادلات البيئية. فالأم تلعب دور المنظم الزمني للإيقاعات الجسدية للطفل (Calza, Contant, 2002, pp. 18, 19).

كما تحدث **سامي علي** عن الخيال كونه يمثل همزة وصل بين النفس و الجسد و يعرفه أنه مفهوم نفسي و بيولوجي في آن واحد. وما هو إلا الحلم و مكافئاته كالهوام، الوهم، الاعتقاد، الوجدان، النقلة، اللعب و السلوك السحري... و بهذا يمكن اعتبار أن الحلم الليلي يمكن أن يبرز في حياة اليقظة تحت أشكال مغايرة. (S.Ali, 2003, p. 273). و عن كبت وظيفة الخيال الأمر الذي يسمح بتوسيع حقل الباتولوجيا لكي يضم العضوي، حيث يؤدي نجاح هذا الكبت إلى جسدنة في الجسم الحقيقي لا في الجسم الخيالي كما هو الحال في الهستيريا. (S.Ali, 1998).

4.3. المدرسة المعرفية:

أجرى **جراهام** (L.Grahem , 1972) وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتيين، بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفيسيولوجية وتبين له من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوى من الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي :

- ما يشعر به الفرد من سعادة وحزن
- ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة.

مثلا: مريض الحساسية الجلدية يشعر وكأنه مصاب بضرر أو أذى، ويريد التخلص من المسؤولية. ومريض الربو ويشعر وكأنه يريد الابتعاد عن مواقف البرد والأشخاص ومريض قرحة الإثني عشر يشعر بالحرمان ويريد الانتقام والثأر من مسبب هذا الحرمان ومريض الضغط الدموي المرتفع الجوهري يشعر بالتهديد والأذى ويستاء من أي شئ، ومريض الصداع النصفي يشعر وكأنه اضطر إلى انجاز عمل ما ويريد أن يستريح .

6.3. المدرسة السلوكية:

لقد توصل **بافلوف** من تجاربه على الاشراط الكلاسيكي إلى مفهوم التعزيز ***Renforcement***، كما توصل إلى مفهوم إطفاء الاستجابة ***Extinction***، ومفهوم الكف ***Inhibition*** (الداخلي والخارجي والفارقي) . وانتهى **بافلوف** إلى أن السلوك السوي يتم بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي (نظام الأفعال

المنعكسة، والنظام الاشاري الأول، والنظام الاشاري الثاني)، وأشار **بافلوف** إلى أن التآزر بين هذه النظم العصبية يؤدي إلى التوازن بين عمليات النشاط العصبي (الإثارة، والكف) ويعني ذلك التآزر بين وظائف الجهاز العصبي السمبتاوي (الإثارة) ووظائف الجهاز العصبي الباراسمبتاوي (الكف) وهذه الوظائف هي التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية مقر الاضطرابات السيكوسوماتية، فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالاضطراب. وقد تأثر **ببافلوف** زعيم المدرسة السلوكية الأمريكية **جون واطسون** الذي أكد على أن (الاستجابة حسية أو حركية). ويرى بعض السلوكيين أن الاضطرابات السيكوسوماتية إن هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها درجة قلقه وتوتراته ويجد حلا لصراعاته.
وبهذا الشكل تكون هذه العادات هادفة تحقق للفرد مكسبا، حتى الكبت هو عبارة عن استجابة تخفف من حدة القلق لدى الفرد (معزز ايجابي)، ويرى هؤلاء أن الاضطراب هو نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشراط، فالطفل الذي يغار من أخيه المولود الجديد يلجا إلى استجابة تبوله على نفسه بهدف جلب اهتمام الأم نحوه، والتخفيف من حدة غيرته، ومع التكرر يلجا الطفل إلى هذه الاستجابة التي تصبح كعادة أو كعرض سيكوسوماتي.لقد أدت أبحاث بافلوف إلى أبحاث أخرى مثل أبحاث (E.Razran, 1961 الذي حاول إيجاد نوع من الاشراط الجسمي الداخلي *intra-conditionnement*) الناتج عن استجابات حشوية ووسائط تشترك مع مثيرات حشوية معينة، على أساس أن هذه الاستجابات الحشوية تخضع لمبادئ الاشراط الكلاسيكي .

وهناك دراسات مثل دراسات Canon (1969) وGantt (1964) و Malmo (1959) عملت على تبيان كيف إن أجهزة القلب والدوران وجهاز المعدة والأمعاء تخضع لمبادئ وقوانين الاشراط الكلاسيكي. والدراسات المتقدمة في هذا المجال تشير إلى أنه بالإمكان الوصول إلى إحداث تغيرات عضوية في نظم عمل القلب ويقترح Miller (1969) وجود ميكانيزم اشراطي اجرائي للاستجابات الحشوية، يؤدي إلى الاستجابات السيكوسوماتية.

أما **البرت باندورا** (Bandura) (1977) فيرى أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغير بين الاشراط الكلاسيكي(**بافلوف**) والاشراط الإجرائي (**سكنر**) وبناء على ذلك يمكن للإنسان التحكم في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي إلى حد ما.

ويرى صحاب المدرسة الإجرائية من إتباع العالم (سكينر) أن الاستجابات العصبية اللاإرادية يمكن تشريطها وسيليا وقد أشار **ميللر**(Miller) (1969) إلى إمكانية تعلم عملية التحكم في بعض الاستجابات الحشوية وأكد **شابيرو** من خلال دراساته عام 1980 على ذلك واعتبر أن عملية تطوير أجهزة التغذية الراجعة الحيوية أفادت كثيرا في هذا المجال. ويلخص لنا **ايزنك** في موسوعة علم النفس بعض الافتراضات المتعلقة برد الفعل النوعي لدى الأفراد والتعرض للاضطرابات السيكوسوماتية إذ يرى أن كل فرد يختلف عن الأخر في عدة صفات، خاصة من حيث الاستجابة إلى المواقف الشديدة، حيث لا يظهر اضطراب سيكوسوماتي لدى كل من تعرض إلى حالات من الشدة. وأكد **ايزنك** على أهمية نمط الشخصية والاستعداد وكذلك طبيعة الأحداث الانفعالية ومواقف الشدة المسببة للاضطراب.

6.3. المدرسة الأمريكية:

لخص J. Caïn التطور الفكري والعملي السائد في الولايات المتحدة الأمريكية انطلاقا من نتائج أبحاث هذه المدرسة في ما يلي: « في 1938 تكلم Saul عن العامل النفسي المنشئ في أسباب الزكام *rhume* والاضطرابات المرتبطة به .

Stockes, Bergman, Ingraham عرضوا وجود عامل نفس عصبي المنشأ في الميكانيزمات للاستجابات الجلدية

و في 1939 M .Dermot و Cobb أحصيا على 50 حالة عيادية سجلا من خلالها العامل الانفعالي في 30 حالة واضطراب انفعالي في 7 حالات.

و في 1941 فسر Alexander و French الربو " كصرخة مقموعة تجاه الأم"، و في1945 حاول Halliday إدماج الربو في تصنيف العصابات كجسمي- عصابي (*somato- névrose*).

وفي 1948 Miller و Baruch أتيا بتوجيهات جديدة مفادها الرفض الأمومي في الحالة الانفعالية للطفل، وترابط العناصر الثلاث النفس – وجداني في إبراز تعطش لحنان الأم، الخوف من الأم، والغضب على الأم، كل هاته الأحاسيس و المشاعر تنصهر (*diluer*) في تاريخ حالة الطفل بتحدد العرض. وأكدا ملاحظاتهما في 1950 من خلال نشر كتاب بعنوان عدوانية الأطفال ذوي الحساسية (*L'hostilité des enfants allergiques*)، في نفس السنة أشار Alexander إلى الجانب النشاطي من الجهاز العصبي الإعاشي بفعل كونه ممونا للطاقة الكابحة للانفعالات. في 1952 أخذ

Szass هذه الفكرة و اعتقد بأن « الاضطرابات النفس- جسدية لا تظهر إلا بمساعدة ظواهر جسدية، و فيما بعد من خلال الجهاز العصبي المستقل».

و في 1953 أدخل Dawes عامل الأب في تاريخ الطفل الحساس. وفي 1954 نشرت Sperling طريقة العلاجات النفسية للأمهات الربويات.

4. خصائص الاضطربات السيكوسوماتية

1/ تلعب العوامل الانفعالية دورا هاما وأساسيا سواء في ظهور الأعراض الجسمية أو زيادة التأثير فيها، وهذا ما يميزها عن الأمراض العضوية.

2/ اضطرابات في وظائف الأعضاء، وتلف واضح في العضو نفسه.

3/ تمر الاضطرابات السيكوسوماتية في مراحل مختلفة حيث تصبح في النهاية اضطرابات مزمنة.

4/ تختلف الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، فبعض الاضطرابات تكون أكثر شيوعا عند النساء مقارنة بالرجال فمثلا حالة روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا لدى النساء، وحالات الربو تكون ضعفها لدى الأولاد عن البنات وتنعكس النسبة عندما يتقدم السن.

5/ قد يصاب الفرد باضطرابات سيكوسوماتية مختلفة ومتعددة، وتختلف الحالة من شخص لأخر فالبعض يصاب باضطراب أو عدة اضطرابات.

6/ تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لعدم فاعلية أساليب المواجهة.

7/ غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما يشابهه.

8/ العلاج العضوي لا يؤدي إلى تحسن كامل إلا مع استمرار العلاج النفسي.

(الزراد، 1983)، (أبو النيل، 1984) ، (عيساوي، 1994)

5. أهم أشكال الأمراض السيكوسوماتية

اتفق العلماء اليوم بأن الأمراض النفسية ذات التعبير الجسدي تشمل كل الأجهزة العضوية والبيان على ذلك هو: رغم التشخيص الصحيح والعلاج الموافق يزول العرض وقت معين ثم يرجع من جديد، الملاحظة المتكررة في هذه الحالات هي وجود حدث نفسي أليم أو حدث يحي صدمة تحتية تكون السبب الأساسي في ظهور المرض، أما الحدث الثاني يعتبر سبب مفجر للمرض.

على هذا الأساس قام (M.Dongier, 1976) بوضع تصنيف أمراض عضوية من باب الفحص الطبي عن طريق أجهزة عصرية لا تخطأ في التشخيص، ولكنها لا تستجيب للأدوية الموصوفة للمريض، إذن ظهور المرض من جديد يفترض على المعالج تغيير وجهة نظره وطريقة تقاربه للمرض بالأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية الصدمية المعاشة من طرف المريض.

الجدول رقم(1): أشكال الأمراض السيكوسوماتية

الأجهزة	العناصر الفيزيولوجية العادية و الاستجابات الانفعالية	الاضطرابات الوظائفية	الأمراض
الجهاز الدوران	ارتفاع و انخفاض خفقان القلب و ضغط الدم	نفس الأعراض زائد الإغماء. يكون هذا التعبير مفضل عند العميل	تأزم هذه الأعراض و تصبح إصابة الجهاز دائمة
الجهاز التنفسي	ارتفاع و انخفاض الوزن، التنفس، سعال تأوه (*soupir*).	ضغط صدري، ارتفاع و سرعة التنفس	الربو و السل
الجهاز الحركي	توتر و تلاشي العضلات	تيبس العضلات أو آلم قطني (*lombalgie*) وهن (*asthénie*)	التهاب المفاصل المزمن التطوري
الجهاز الهضمي	غثيان جشاءة حموضة (*rots acides*)، فقدان الشهية	إمساك إسهال، ألم معوي	قرحة معدية، قرحة معوية نزيفية (*RCH*)

الجهاز الغددي	إفرازات فيزيولوجية مفرطة مختلفة ذات الآثار العضوي المتنوع	أكل مفرط، فقدان الشهية اضطراب الحيض، تذبب ارتفاع نسبة السكر في الدم	القهم العقلي، البدانة أو السمنة، فقدان الحيض *amenorrhea* ، داء سكر الدم السلعة الدرقية *hyperthyroïdie*
الجهاز التناسلي للذكر	وهن تذبذب في الرغبة، إرهاق، خوف و صدمات نفسية، ميل جنسي مثلي.	اضطراب الانتصاب، قدف سريع، ميل جنسي مثلي	عجز كلي مع انعدام الرغبة
الجهاز التناسلي للمرأة	نفور من الجماع، عدم النضج العاطفي، خوف و صدمات نفسية، ميل جنسي مثلي، اضطراب في الإفرازات الهرمونية	اضطراب الحيض، منظومة هستيرية.	انحباس الحيض، برودة جنسية أين الرغبة منعدمة
الجهاز الجلدي	حكة، بقع، حب الشباب، عرق، إفراز مفرط لدسم أي الزهم. (*séborrhée*)	حساسية مفرطة للانفعال و استجابات جلدية متنوعة حسب السن، حساسية كيميائية.	الصدفية *psoriasis* الإكزيما *l'eczéma* الحكة *le prurit* الثعلبة *la pelade*
الجهاز العصبي	ارتعاش، ألم مبهم متحرك على مستو أي عضو.	الدوار *les vertiges* آلام الرأس.	الصداع النصفي أو شقيقة *la migraine*

1.5. اضطرابات جهاز الدوران *L'appareil cardio-vasculaire :*

1.1.5. التظاهرات الانفعالية : تتمحور في الأعراض الآتية:

خفقان القلب الحاد (*tachycardie*)؛ ارتفاع و انخفاض ضغط الدم (*hypo et hyper tension artérielle*).

2.1.5. الاضطرابات الوظائفية : يتميز بدوامة و تكرار وجودهم و العرض الأساسي هو الألم.

- آلام حواشي القلب (*douleurs précordiales*) ، إغماء وممكن أن يؤدي إلى الوفاة (*évanouissement qui peut aller à la syncope mortelle*). في بعض حالات التناذر الصدري الفحص عبر الجهاز الكهرباء لتقييم تفاعله لا يبين أي خلل عضوي. أصبح معروف حاليا أن تفريغ الخوف و الغضب يكون مباشرة في هذا الجهاز.

3.1.5. التناذرات الجراحية : تجمع أخطر أمراض هذا الجهاز وهي:

السكتة القلبية و الذبحة القلبية.

ضغط الدم المزمن.

خفقان القلب الحاد.

السكتة أو الذبحة القلبية *L'infarctus du myocarde* :

تتميز سمات شخصية المصابين بهذا المرض باشتراط دائم في التحكم و مراقبة أنفسهم، هذا المجهود الكبير يولد ضغط و إرهاق مماثل؛ فآثاره على القلب تؤدي إلى الموت في حالة تكرار وضعية الإرهاق المتواصل. والدليل على الضغط المفروض على أنفسهم هو قولهم أثناء الفحص "أحب التحكم في كل شيء" اندفاعية في المراقبة تصبح حاجة ضرورية تعزز الأمن النفس-داخلي، و استمرارية هذه العملية لا يمكن له التفرغ الملائم إلا عن طريق الجسد لأن هذا السجل يخص ذاتية المصاب و حياته الخاصة.

إضافة إلى هذه الإشكالية النفسية، نجد عامل التغذية الغنية والمتنوعة في أوقات غير عادية عند رجال الأعمال خاصة، ثم عامل التدخين و هو عام. تشارك هذا العوامل البدانة وهي أرضية خصبة لتأزم أمراض القلب وظهور مرض السكر.

المظهر السلكي يبين رزانة و هذا يعطي صلابة شكلية لشخصية المصاب، و لكن في الواقع فهي تتناقض مع الضغط و الإرهاق التحتي المذكور سابقا، النشاط المفرط الذي يميز حياتهم يصاحبه شعور "بنقص الوقت لإنجاز مشاريعهم" نظرا لتعطشهم للنجاح و السيطرة للوصول إلى تأكيد الذات باستمرارية، هذه الدينامية تتمحور في استثمار العمل و البحث عن المسؤوليات، و وضعيات التنافس التي تتطلب صرامة و جدية و تنظيم محكم، و في هذا الإطار تصبح ممارسة المراقبة والتحكم مبررة مرسخة في الواقع و بعيدة عن الذاتية النفسية. ينبثق عن هذه الدينامية الاقتصادية استحالة تعبير العدوانية مباشرة، تتفرغ عبر انفجار اندفاعي في وضعيات نادرة تتميز بالإحباط والفشل في العمل، تشارك هذه العدوانية

المتفجرة رغبة تحتية في تدمير الموضوع الذي يرجع إلى العلاقة الموضوعية و تنعكس على الحياة العاطفية و الجنسية التي يبعدها العميل من اهتماماته الأولية.

قام Drayfus ببحوث فيما يخص خلفيات الشخصية لهذا المرض، يبين فيها وجود حلقة اكتئابية تسبق ظهور إصابة القلب و يعتبر هذا كرد فعل لانهيار منظومة الأمن النفس- داخلية و الجرح المسجل على مستوى حب الذات.

هذه البحوث تؤكد أن أسباب مرض القلب متعددة العوامل، العامل النفسي وحده غير كافي لتفسير المرض و تكفله و هذا الموقف الموحد يكون خطر على العميل، التداخل الطبي ضروري و أولي نظرا لتهديد الموت المحتمل ثم فما بعد نشرع في المساعد النفسية تدرجيا.

كما لاحظ ظهور اكتئاب عند المصابين الذين يتراوح سنهم بين 35 و 45 سنة، و هذا يعني رفض المرض و عدم التكيف معه.

ارتفاع ضغط الدم المزمن *L’hypertension artérielle chronique*:

هو ارتفاع دائم لحجم الدم و يتجاوز القياس المرجعي المعمول به طبيا والذي حده الأقصى يتراوح بين 95/140مم في سن 40 سنة و 160/ 95 مم في سن 60 سنة.

ضغط الدم الغير مستقر يكون عامل خطورة، هذا المرض أكثر ما هو منتشر عند سكان المدن الكبرى و خاصة عند النازحين من الريف بالمقارنة مع سكان الريف المستقرين، إضافة إلى هذا بينت بحوث أمريكية أن ضغط الدم يصيب الرجال أكثر من النساء.

أسبابه متعددة ومتعلقة بعوامل خطورة، خاصة بالتغذية، وبظروف معيشية شاقة، و باستعدادات وراثية ثقيلة عبر الأجيال، و بعوامل نفسية تتمثل في الحوادث الصدمية المؤلمة و هشاشة على مستوى بنية الشخصية، العامل النفسي يرجعنا بالضرورة إلى مراحل النمو لكشف إشكالية طبيعة الخلل المتسبب في ظهور المرض.

لاحظنا في السنوات الأخيرة أن ضغط الدم يظهر فيما قبل أو فيما بعد التقاعد كأن العرض يعبر على انقطاع جدري في هذا الشطر الأخير من الحياة، كل الباحثين في هذا الموضوع متفقين علي عدم وجود ميزات خاصة في خلفية شخصية المصابين، و الخصائص البارزة من خلال هذا البحث متواجدة لدى أمراض نفس-جسدية أخرى: منها الخوف الغضب المفرط و الحصر الطبعي، مع صعوبة تجنيد حالات وجدانية لتفريغها عن طريق قنوات حركية أو لغوية.

أثناء الحرب العلمية الثانية، ظهر ارتفاع ضغط الدم كمعادلة لرد سريع و آني لصدمات هامة كالجروح المرعبة و الموت القريب.

حسب Kreisler et Saslow و علماء آخرين أكدوا أن المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون من نقص الثقة في أنفسهم و يشعرون بتهديد دائم اتجاههم دون موضوع، و هذه الوضعية تولد استعدادا دائما للدفاع عن أنفسهم، هذا المجهود المتواصل ذا السبب المبهم ينتج طاقة كبيرة ترهق العميل، و تضعف الجهاز النفسي وتصبح محاولة تجنيد ميكانيزمات دفاعية فعالة فاشلة؛ فيبقى الجسم آخر حاجز تتدفق فيه الطاقة الفائضة، أثر فشل الأنا عبر دفاعه للاستعداد الدفاعي المذكور سابقا أن يتفرغ عن قنوات الأرسان الرمزي اللغوي و للإبعاد عن الجسد و المرض.

هكذا يبقى العميل في حالة انتظار مزمن للمقاومة ضد مشاريعه العدوانية و تثبيطها.

اشتداد خفقان القلب *La tachycardie paroxystique*:

غالبا ما تكون شخصياتهم ذات أرضية هستيرية، والمرض يشكل مخرج للعدوانية المتراكمة داخل الجهاز النفسي مما تؤدي الى ظهور النوبة بشكل فجائي.

2.5. اضطرابات الجهاز الهضمي *Les troubles digestifs* :

1.2.5. التعبير الانفعالي الشائع :

و يتضمن الأعراض التالية:

فقدان الشهية، الإفراط في الأكل، غثيان، قيء تشنج ،إمساك، إسهال و ألم المعي الغليظ.

2.2.5. الاضطرابات الوظائفية:

كل الأعراض المذكورة في إطار التعبير الانفعالي ممكن أن تدوم و تتطور إلى مرض مزمن إذا شاركه حدث لا يتقبله العميل، أو صدمة تزعزع العلاقة الموضوعية مثل: وفات أحد الوالدين، انقطاع عاطفي، أو مشكلة وجودية.

3.2.5. التناذرات الجراحية *Les syndromes lésionnels* :

- القرحة المعدية *L'ulcère gastroduodénal*:

تعتبر القرحة المعدية من الأمراض النفس-جسدية المحضة، وكثير من البحوث درست هذا الموضوع من مختلف الزوايا، قامت المدرسة الأمريكية على رأسها **أليكسندر** بالكثير من البحوث في القرحة المعدية.

البحوث الإكلينيكية للتشريح المرضي اكتشفت العامل النفسي كسبب أساسي في ظهور القرحة المعدية وفي ماضي بعيد كانت تعتبر كنتيجة تدهور عصبي.

بينت دراسات Dunbar حول خلفيات شخصية المصابين بالقرحة المعدية أن وضعية التعلق والارتباط بالموضوع تعاني من تجاذب وجداني يطالب بها العميل ويعززها و في نفس الوقت لا يتحملها.

بحوث أخرى من نفس المدرسة بينت حاجة العميل بعاطفة مفرطة ويعبر إليها بالنكوص عن طريق العرض و تتمحور هذه الظاهرة في البحث عن الحماية المفرطة من جهة و من جهة أخرى يكثف نشاطه ويعبر علي طموحاته و عدوانيته من خلال وضع مشاريع طموحة أيضا لا يمكن إنجازها، يعتبر هذا الموقف تعويض لميوله العميقة للسلبية، هذا الصراع المستمر من الأسباب الرئيسية في ظهور القرحة المعدية.

اكتشفت Mirsky عوامل تساهم في ظهور القرحة المعدية:

1/ الإفراز المفرط الدائم :العميل بحاجة إلى تبعية تحميه و تعفيه من مواجهة المسؤولية و الصراعات المحتملة من مختلف الوضعيات. هذا الموقف دفاعي يرجع العميل عن طريق النكوص إلى المرحلة الفمية.

2/ الوضعيات الصراعية: تكون إحباط يصيب رغبات التبعية و هذا ما يؤثر على النشاط ألهوامي و الخيالي.

فيما بعد اهتم باحثون بقدرة و نوعية إفراز الحوامض الأمنية عند التوأم وبينت نتائج هذه البحوث أن الإفراز محدد وراثيا و يبعد وجود عوامل نفسية تميز أو تسبب هذا الاختلال الفيزيولوجي.

واعتمدت دراسة أخرى على العوامل البيئية و خاصة على طريقة التحكم في الحياة التروية و الرغبات الناتجة منها، وقامت بتفسير البحث على التبعية كظاهرة عامة في البحوث السابقة بوضع علاقة بين قدرة التحكم المذكورة وسند أو مساعدة خارجية محدد بعوامل نفسية تنتمي إلى الطفولة الصغيرة.

قرحة القولون النزيفية *La rectocolite hémorragique*:

ميزاته الاستعراضية و خطورته جلبت انتباه الكثير من العلماء نظرا لإمكانية القيام ببحوث في المجال العصبي والفيزيولوجي، بحث المهاد عن طريق لواحب كهربائية (الكترود)، أو بتدمير هده المنطقة بنفس الطريقة و بينت التجربة جرح غشاء المعي المستقيم.***Muqueuse du rectum***

هاهي ملاحظات تجربة Grace, Wolf et Wolf :

خلال المراحل المتميزة بالهدوء العاطفي و الانفعالي يكون القولون مستقر و لونه أصفر و إفرازات الليزوزيم *lisozyme* تنقص خلال المراحل المتميزة بالعدوانية الداخلية أو المعبر عليها يفقد القولون استقراره و لونه يصبح أحمر نتيجة الإفراز المفرط لليزوزيم الذي يهجم على غشائه و بعد ظرف زمني تظهر القرحة و يؤكدها النزيف.

1/ إضافة إلى هذا، أغلبية الباحثين لاحظوا وجود تناوب بين أمراض أخرى أو اضطرابات نفسية و قرحة القولون.

2/ أهمية تأثير العوامل النفسية الذي تولد انتظار حيوي ثم تستدخل عوضا أن يعبر عليها.

3/ تتميز العلاقات العائلية بالتبعية ومنع التعبير على العدوانية بعوامل تربوية وغيرها.

- سمات وخلفيات شخصياتهم:

يسلكون على نمط وسواسي يعاني من تناقد وجداني ناتج من تضارب بين التبعية و الاستقلالية.لا يتقبلون الإحباط، لهم حساسية مفرطة للإرهاق، يظهر عليهم عدم نضج عاطفي وجنسي، في كثير من الحالات توجد برودة جنسية عند النساء، و قلة النشاط عند الرجال أمام تأزم المرض، لا يمكن أن تتم علاقة جنسية بدون صور الوالدين و لابد أن ترتكز على شروط نرجسية تخضع لها، و تكون مميزة بالإشباع، هم بحاجة كبيرة إلى العطف و التعاطف والحماية الضرورية في محيط حياتهم، أمام الصعوبة يسيطر عليهم الفشل و هذا الموقف يتنافى مع الطموحات الشرعية لكل شخص.

حسب Melita Sperling يوجد عند المصابين بقرحة القولون موقف ازدواجي أين النزوات الليبيدية العدوانية الشاذة توجه ضد الأم ويفسر العرض كتعبير لهذه النزوات والذي يهدف إلى تقليص و تشويه صورة ألام.

الرهان هنا هو الموضوع المستدخل في المرحلة الصادية- الفمية، والذي يصبح سيئا فيما بعد و إبعاده أو إسقاطه يصبح ضرورة.

على مستوى العلاقة الموضوعية: ترتكز هذه العلاقات على الاستدخال الفمي و التموقع الهوامي يكون تثبيته داخلي و ينجز عن طريق استثمار القولون ثم يكتسي نشاطه بالحساسية، يتضمن هذا النشاط رد أو إرجاع الموضوع المهدد إلى العالم الخارجي بالإسهال الدموي المعبر على خطورة الموضوع، و يبقى خاضعا للرهان التالي: "ضرورة إخراج ودفع الموضوع للعالم الخارجي يخضع إلى قدرة التحكم و استدخال الموضوع المهدد" يؤدي الميكانيزم التحتي لهذه العملية اللاشعورية للاضطراب الموصوف سابقا.

3.5. اضطرابات الجهاز التنفسي *Les troubles de l’appareil respiratoire* :

1.3.5. التعبير الانفعالي العادي:

التنفس السريع وهو تغيير التعبير اللغوي الناتج عن اضطراب مؤقت في وزن التنفس و الصوت.

2.3.5. الاضطرابات الوظائفية:

من أهم الأعراض نجد القلق مصاحب بضيق صدري. حذاري من عرض السعال فإنه أساسي في الربو و لكنه في بعض الحالات يتبع جدول العصابات، نلاحظ ظهور تأتأة و فقدان الكلام (*aphasie*) ومخاوف شبه عصابية أثناء الشفاء، يبقى مرض الربو في حدود الاضطراب الوظائفي و المرض الجسدي المنتظم.

3.3.5. التناذرات الجراحية:

الربو *L’asthme* :

يفرق الربو الوظائفي، من الربو الحقيقي بالنوبات المتقاربة في هذا الأخير و تأزمه مع مرور الزمن، يفسر هذا التأزم بتكوين جراحات في الخلايا ثم تلتهب و تتعفن، يدخل دور الحساسية في هذا المستوى كعمل منشط لنوبة و تبين دراسات كثيرة بأن عامل الحساسية وحده غير كافي لتفسير ظهور النوبة إلا بهذا السبب، ما بين هذه التجارب فيها من تبين أنه عندما ينفصل المصاب بالربو عن عائلته أو يكون في علاج نفسي تفقد الحساسية فعاليتها.

لاحظ Metzger ظهور نوبة عند أحد مرضاه يعاني من حساسية للورود و التبن بمجرد نظره إلى الورود الاصطناعية الموجودة على مكتبه، بينت كل هذه التجارب من خلال مختلف نتائجها أن عمل أوعلاقة الحساسية متعلقة بعوامل نفسية واردة.

تصنف عوامل الربو إلى ثلاث: عامل الحساسية، التعفن و العامل النفسي، و هذا الأخير يشارك كل العوامل المذكورة سابقا.

البحث في خلفية الشخصية:

لخصت مدرسة **"شكاغو"** الأمريكية و على رأسها **أليكسندر** البحوث العالمية فيما يخص خلفية الشخصية و ميزة الصراع التحتي المتسبب في ظهور الربو قبل 1941، يبينوا و يؤكدوا على قيمة و

فعالية العامل النفسي في نوبة الربو و يكشفون أسس الدينامية النفسية القائم عليها رد الفعل الحساسي و النوبة الربوية في مايلي:

- يكون الانفصال عن الأم المشكلة الانفعالية الأساسية.

- تأخذ النوبة قيمة صرخة مكبوتة اتجاه الأم.

- تتميز أمهات المصابون بالرفض اتجاه أولادهم، و تفتخرن بتبعيتهم لهن المبكرة، كثيرا ما يظهر الربو في الطفولة الأولى.

- تظهر للنزوات الجنسية دلالة و معنى في سببية انفجار النوبة.

- يعاني الربويون من العلاقات الزوجية أو يصعب عليهم الزوج خوفا من تلقي صورة الأم الغازية. تجاوز صراعاتهم مع صورة الأم أو صورة أموية تزرع فيهم مقاومة فعالة ضد الحساسية.

تكلم **باروك و ميلار** عن غياب دور الأب و عدم قدرته لتكفل الوظيفة الرجولية و القضيبية الطبعية و التي تكون الشخصية القاعدية لكل فرد عادي.

اكتشف **لينفورة و ريس** وجود حسر مفرط، حساسية مفرطة و سمات وسواسية قوية و الانفعالات القوية كسبب مفجر لنوبة.

يضيف **جندو** إلى الأعراض المكتشفة من قبل الشعور بالأمن، تكثف المشاكل العاطفية والوجودية، الاحباطات الأموية و المهنية و أخيرا تثبيط النزوات الجنسية و العدوانية.

مرض السل *La tuberculose*:

في بداية القرن 19 كتب **لاناك** يقول: « من بين الأسباب المؤقتة في ظهور السل و الذي لا يمكن فيه الشك و بالتأكيد هو العشق الحزين ***la passion triste*** يعني انقطاع عاطفي كان عميق و دام زمنا طويلا».

تأكد البحوث الحديثة من خلال ملاحظاتها فما يخص علاقة ظهور السل و فقدان شخص يعتبر سند عاطفي و وضعيات شاقة مؤلمة.

لاحظ **بقوين** أنه بعد استعمال المضادات الحيوية ظهرت أعراض سلوكية جديدة تدخل في إطار الأمراض العقلية منها:

- الاكتئاب ذو الشكل الفصامي مع ميل للانتحار.

- تبعية فمية مازوشية.

4.5. اضطرا بات الجهاز الحركي*Les troubles de l’appareil locomoteur* :

1.4.5. التعبير الانفعالي العادي: نشاط عضلي مفرط أو متلاشي، الارتعاش، تشنجات عضلية، كل هده الأعراض لها علاقة مع الانفعال و الذي ترجع إليه السببية.

2.4.5. الاضطرابات الوظائفية:

آلام الظهر *Les dorsalgies*:

الأكثر انتشار منها هي آلام الظهر و أثناء الفحص تبين الأشعة تشوهات خفيفة على مستوى العمود الفقري وبالأخص الصلب؛ تفسر كآلام و توتر شديد في العنق عن طريق الضغط العضلي المولد من هذا التشويه مكتسب أو موروث، وجود تشويه عضلي يقلص و يلغي العمل النفسي.

تستدعى العضلات باستمرار في كل وضعيات حركية انفعالية أو عادية، التوتر النفسي و الضغط الانفعالي يعبران عن طريق العضلات بواسطة الجسد العرضي: مثل تصلب العنق و مختلف التشنجات و هذه الأعراض تكون مؤقتة.

مثال: شخص قصير القامة يسير برفع رأسه لتغطية عائق قامته، هذا الموقف يتطلب مجهود عضلي و الذي يؤدي إلى تشنج مؤلم في العنق.

بينما شخص طويل القامة يسير منحني شيء ما، هذا المجهود يؤدي إلى آلام في الظهر، في بعض الحالات تثبيط الميول العدوانية تنتج آلام في أسفل الظهر أو تتسبب فيه أيضا هوامات جنسية، ظهور شلل على مستوى الأعضاء السفلة أو العليا و النوبات التشنجية توضع احتمال الأرضية الهستيرية أين التعبير العضلي يكون مفضل، حذاري من الالتباس الممكن ما بين الأعراض الهستيرية و أعراض ما بعد الصدمة النفسية مثل: تشنج الكتابة (*grapho-spasme ou pieds inquiets*).

4.4.5. التنادرات الجراحية :

التهاب المفاصل المزمن *Les inflammations articulaires (rhumatismes)*:

يحتمل في ظهوره عوامل وراثية و عائلية، النشاط العضلي يكون مفرط و يتضاعف أمام الصراعات النفسية العائلية و الوجودية. لوحظ من خلال تجارب أن ارتفاع الضغط النفس- داخلي، و عدم قدرة العميل على تفريغه يؤدي إلى ارتفاع نشاط العضلات، أثبتت بحوث أخرى أن الانفعالات تتفرغ عن

طريق النشاط العضلي و تؤثر على مكانيزمات المناعة أين اختلالها سيلعب دورا أكيدا في سلسلة أسباب المرض.

بحوث حول خلفية الشخصية:

تبين هده البحوث فيما يخص آلام الظهر و الصلب الميزات التالية:

1/يظهرون خوفا من موضوع يستحيل التحكم فيه و مراقبته.

2/ الخوف من فقدان قدراتهم، و يصبحون معطوبين، هذا الإحساس نابع من هوام "عدم قدرة المغادرة عندما يلزم الظرف"؛ يصبحون مسجونين في وضعية بدون مخرج.

3/ ميز **ألكسندر** المصاب بالتهاب المفاصل المزمن بشخصيات مازوشية مرضية.

ميولهم العدوانية تسيطر على سلوكهم يبحثون دائما على التحكم في مراقبة محيطهم من خلال سيمات سلوكية وسواسية قهرية، حياتهم الجنسية فقيرة أو منعدمة في الحالات الأكثر تأزم نفسيا.

يعانون و يجرون عائلاتهم في آلامهم، يكون المرض عبارة عن تعبير احتجاجي ضد الدور الممنوح إليهم داخل العائلة؛ بالأخص النساء المتزوجات برجال سلبيين خاضعين، إشباعهن لا يمكن تحقيقه لهذا ترفضن أنوثتهن و تصبحن متعطشات للمازوشية و التي تتمحور في خدمة الآخرين من خلال التضحية بأنفسهم، كل هذه العوامل تكشف عن كسب سلطة و التحكم في الموضوع، و تقلب الأدوار، و يفسرها **ألكسندر** كاحتجاج ضد التبعية المطبقة عليهم و رفض لاشعوري لبناء و إدماج علاقة عائلية مؤسسة على التبادل المشترك.

حسب **ألكسندر**: تستجيب هذه الشخصيات أمام الحواجز بارتفاع النشاط العضلي والدفاع المناعي الذي يؤدي إلى ظهور التهاب المفاصل. يصنف **ألكسندر** التهاب المفاصل إلى فوجين: الأول وظيفي والثاني عضوي (جسدي)، في الواقع يشكل الاثنين خط مستمر وبينهما حالات وسيطة أين العامل النفسي يلعب دورا هاما.

5.5. الغدة الصماء و أمراض سلوكات التغذية *Les troubles des glandes endocrines*:

1.5.5. التعبير الانفعالي :

وهي متعلقة بتفريغ النورأدرينالين وهو ما استدعى نشاط غددي متعدد منها:

- ارتفاع نسبة السكر في الدم

- التبول المفرط الانفعالي المقيد بالغدة النخامية.

- التذبذب في ضغط الدم و التوتر في العروق أي توسع أو انقباض العروق. كل هذه التأثيرات خاضعة لتعديل الغدة الصماء.

2.5.5. الاضطرابات الوظائفية:

الأكثر انتشار منها هي: التذبذب في الوزن (ارتفاع ثم انخفاض)، البول السكري، الانتقالي الوظائفي و فقدان الحيض المؤقت.

3.5.5. التنادرات الجراحية:

الدرقية أو تضخم الدرقية *L'hyperthyroïdie*:

بينت الملاحظة الإكلينيكية أن النشاط المفرط للغدة الدرقية يكون متبوع بقلق غضب و عصبية، في بعض حالات مرض **"بازدوف"** (Basedow). الحوادث الانفعالية تكون السبب المفجر في ظهور المرض و ليس السبب الأولي.

حسب **ألكسندر** هذا المرض له علاقة بإحساس يهدد المنظومة الأمنية النفس- داخلية و خوف من الفشل في محاولة تحقيق الاستقلالية العلائقية مع الموضوع المستثمر و الوصول إلى الاكتفاء الذاتي. تشارك كل هذه العوامل في ظهور المرض: وضعية اللاأمن، المجهودات المبذولة لتجاوز الوضعيات الصعبة، و الضغط الانفعالي المتواصل.

البدانة أو السمنة *L'obésité* :

تكون أسبابها إما: عصبية- فيزيولوجية، و تتجسد في اضطرابات وظائف تعديل الشبع على مستوى المراكز النخامية و نوبات الإحساس بالجوع و الشبع، و تراكم النسيج الدهني، لا إحساس بالشبع عند البدينين؛ و إما نفسية تسببها حوادث مؤلمة، صدمات وجدانية طبيعية و نفسية. في هذا الإطار البدانة تعبر على إشكالية تهديد في صميم المنظومة الأمنية و رفض بعض التصورات و الأدوار الممنوحة إلى العميل منذ الصغر. التعبير عن طريق تشويه صورة الذات بالوزن المفرط يأخذ معنى محاولة تأكيد الذات و الوجود، توجد أيضا أسباب وراثية مشاركة في البدانة هذا يعني أن هذا المرض متعدد الأسباب.

تعتبر بدانة المراهق من الأمراض النفس- جسدية المحضة، و إشكاليته ترجع إلى خلل في تكوين التصميم الذاتي و صورة الذات ناتجة من علاقة موضوعية مرضية، كل العناصر المرضية توجد ضمن تاريخ ظهور العرض و السوابق العائلية، لابد أن نأخذ بعين الاعتبار نظام التغذية، و نسأل الواقع من حيث القيمة الموضوعية للأكل، و أبعادها الرمزية الوجدانية. تبين من خلال بحوث أن خلل التحكم في الشبع ناتج من اضطراب في الوظيفة الفمية الذي تسببها الأم، و تصبح سلوك انعكاسي لاشرطي له علاقة مع سوابق مرضية بدانية للأم، يمكن اعتبار الأكل كمحاولة تقليص الضغط النفسي الداخلي، و بهذا يأخذ قيمة تعويض عاطفي عن طريق ميكانيزم الزحف. توجد في بعض الحالات ميزات عصبية و اضطرابات تحتية للشخصية.

خلفيات الشخصية:

تتميز بالسلبية، بفقدان الإرادة و فقر النشاط الجنسي، يبرز عند البدين تناقض وجداني: يعاني من وزنه و يرفض في نفس الوقت أن ينحف، و وظيفة دفاعية ضد الضغط النفس- داخلي و الذي يتفرغ أيضا داخليا كسد فراغ وجداني ممتلئ بالطاقة المدمرة، البدانة تتطور إلى علاقة ذات هيئة عصبية أو اكتئابية في حالة العلاج الناجح.

القهم العقلي أو الخلفة *l'anorexie mentale* :

تشكل التغذية مجال مفضل للتعبير المرضي، وإضافة إلى وظيفتها الحيوية تحمل أيضا ضمنها وظيفة اجتماعية و نفسية في آن واحد، تعتبر التغذية في بداية الحياة السند الأول لتطور الحركة التروية و هكذا تقوم بوظيفة الاستناد (*étayage*) بحمل قيم رمزية علائقية و ثقافية مرجعية، يظهر هذا التنادر عند الرشد و بالأكثرية عند المراهقين.

التعبير الانفعالي: فقدان للشهية متذبذب، غثيان، قيء.

الاضطرابات الوظائفية: نقص الوزن، فقدان الحيض، ثم فقدان الشهية، دوام هذه الأعراض بعد ثلاثة أشهر تعتبر قمع فمي.

التنادرات الجراحية:

النحافة *L’amaigrissement* :

غالبا ماتكون هامة و سريعة، و الانخفاض المرجعي لتشخيص القمع الفمي يقوم على 25% من الوزن الأصلي لمراهقة ذات عمر 16 سنة، انخفاض الوزن الاستعراضي 50% يشكل خطورة كبيرة لأنه يصبح شائع و يدرك كنتيجة فقدان الشهية من طرف العائلة، في هذه الحالة التكفل يكون متأخر، و الأعراض متطورة نفسيا وجسديا. تكون النحافة ثانوية بالنسبة للأعراض الأولية، يوجد عند كل مصابة بالقمع الفمي اضطراب على مستوى إدراك صورة الذات .

الوصف الإكلينيكي:

تستعمل المراهقة المصابة، طقوس تتمثل في اختيار الأكل وجمع مختلف وصفات الطبخ، يكون مظهرها الخارجي ممسوح من ميزات الأنوثة، هذا ما يشكل أرضية خصبة لظهور أمراض عضوية نظرا لقلة و سوء التغذية مثل: جفاف الشعر وسقوطه، انكسار الأظافر، انخفاض ضغط الدم، و أورام على مستوى الجسم، رغم كل هذه الاضطرابات يبقى بدل مجهود متواصل، الذي يتميز بغياب الوعي والألم إلى أن تظهر خطورة الموت.

فقدان الشهية *L’inappétence*:

هي عملية إرادية تتمثل في التحكم في الشهية بالمقاومة المتواصلة، و الناشطة ضد الجوع الذي يولد لذة خاصة تعادل اللذة الجنسية، تتعرض هذه المراقبة الحادة للتغذية إلى فشل من حين لآخر مما يؤدي إلى انفجار شراهة كبيرة تنتج نوبة تتمثل في الأكل بدون انقطاع و التي تسبب بدورها تأنيب ضمير مؤلم.

فقدان الحيض *L’aménorrhée*:

يأخذ بعين الاعتبار بعد ثلاث أشهر من الانقطاع، يمكن أن يكون أولي إذا كان لفقدان الشهية، و ثانوي إذا ظهر فيما بعد، يصاحب هذا العرض شعور بالتحرر من عبئ الأنوثة و ميزاتها الظاهرة. لا يسجل هذا المرض في تصنيفات الأمراض العقلية كالذهان و العصاب نظرا لغياب أعراض أصلية تمثلها كالهذيان و الهلاوس، و يؤكد معظم المختصين في الميدان وجود صراع نفسي غير محدد.

خلفية الشخصية:

يتميزون بالنشاط الحركي المفرط لتخفيض الوزن الفائض الذي لا وجود له في الواقع، لا يظهر خوف من خطورة النحافة، الوزن الزائد الخيالي يشكل مصدر القلق، يكون النشاط الجنسي فقيرا أو منعدما، و

يعوض بمحاولات إغراء، إنكار المظهر الخارجي المرعب في بعض الأحيان يكون لصالح نشاط إدراكي خيالي في خدمة هوامات تحتية، كسب الموضوع عن طريق الإغراء يشكل ضمان نرجسي و ليس طلب تبادل عاطفي.

السببية غير محددة بينما المتفق عليه هو اعتبار القمع الفمي كاضطراب في الشخصية، يتميز بتشويه إدراكي لصورة الذات الناتج من صدمة تقع أثناء تغيرات البلوغ أين تبرز إشكالية تناسلية و تزاح إلى سجل فمي، فيه تطرح صعوبة التقمصات و الاستقلالية، ممكن أن يكون القهم ألفمي مدخل للفصام في بعض الحالات

6.5. الجوع المرضي أو الشراهة *La boulimie* :

هو ظهور حالات استهلاك كميات كبيرة من الأكل بسرعة تتميز بالمفاجئة و الاندفاعية، لا يمكن التحكم فيها. تتناوب مباشرة، لنوبة هذه الشراهة تأنيب ضمير يتبع في أغلب الأحيان بالتقيء.

1.5.5. معايير التشخيص حسب DSM3:

- تكرار نوبات الأكل المفرط بسرعة في وقت قصير.
- تكون الأعراض التالية موجودة مند ثلاث أشهر على الأقل
- استهلاك طعام مولد الحريرات بكثرة (***hypercalorique***) و يكون سريع الهضم.
- يكون الأكل السري.
- تتم هذه التصرفات السرية بآلام في البطن، نوم، أو تقييئ إرادي.
- تعدد محاولة استعمال نظام تغذية قاسي و أدوية تثير الإسهال لتخفيض الوزن دون الأخذ بعين الاعتبار الآثار الثانوية التي تشكلها هذه العوامل.
- تذبذب في الوزن يتجاوز خمسة كيلوغرام نتيجة مرحلة تناوب، بين الامتناع عن الأكل ثم الإفراط في الأكل.
- الشعور بالطابع المرضي لهذا السلوك و الخوف من عدم وجود إرادة كافية لتوقيفه.
- ظهور حزن شبه اكتئابي بعد نوبة الأكل المفرط يصاحبه تحقير ذاتي.
- لا يكون القهم الفمي سببا في ظهور نوبة الأكل المفرط لحد الآن الأسباب غير محددة.

2.5.5. التشخيص الفارقي:

توجد أعراض متشابهة في الجوع المرضي و القهم الفمي و الذي لا يمكن الارتكاز عليها وحدها للتشخيص و هي: نوبات الإفراط في الأكل، التقيء، و اضطراب الحيض، نفرق بينهما بالنحافة المتطورة تدريجيا نحو الخطورة و ارتفاع الوزن نحو البدانة، يبين الجدول الإكلينيكي ترادف أعراض أخري مثل السلوك القهري في قمع الشهية و في تلبية رغبة الإحساس بالجوع، أمام هذه الصعوبة الانتظار مطلوب و توسيع مجال البحث خارج العائلة ضروري.

3.5.5. خلفية الشخصية:

بينت البحوث حول الديناميكية النفسية ِإبراز ميزات تتوفر في الشخصية الوسواسية و أعراض اكتئابية يصاحبه حصر، و حياة هوامية فقيرة. تتعلق شهوانية الأكل في الجوع المرضي بنقص كيفي نرجسي و إفلاس من شعور هويته، هذا ما يؤدي إلى نوع من الإبهام في حدود و مراجع جسدية يقوم عليها بناء التصميم الذاتي و فيما بعد صورة الذات، عدم وجود هذه الحدود يولد عند العميل شعور بفراغ يهدده بالزوال، وتتم مقاومة هدا الفراغ بملئه بالطعام. تتشكل أسس هذه الاضطرابات الإدراكية – الحسية المتعلقة بتصميم الذات و صورة الجسم داخل العلاقة الأولية أم- طفل، و التي يميزها تشويه ما بين تلبية حاجيات التغذية الحيوية وتفريغ الضغط الانفعالي الناتج من استجابات الأم لطلبات الرضيع إلا بالطعام بدون احترام التوقيت البيولوجي للتغدية.

يشترك المصاب بالجوع المرضي، و المصاب بالقهم الفمي في الخضوع و التبعية للأكل، و لتأمين حاجياتهم و هذا لضمان استمرارية التغذية النرجسية في نفس الوقت، يظهر معاش التبعية مؤلم و محبط، تتم مقاومته بحيلة إنكار التبعية عن طريق اللجوء إلى الحرمان أو الإفراط في الأكل.

6. الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط:

اختلف العلماء من حيث العوامل الأساسية المسببة للاضطرابات السيكوسوماتية فمنهم من فسر حدوث الاضطراب السيكوسوماتي بحدوث ضغوط الحياة وأزماتها أو الاستعداد الفسيولوجي بوراثة عضو أو جهاز عضوي ضعيف، ومنهم من أعزى هذا الاضطراب إلى خطأ في عملية التشريط والاستجابة للمثيرات البيئية والداخلية، إلا إن تطور حدوث الاضطراب ويفسره لنا الجانب الفسيولوجي كحلقة وصل بين المتغيرات السابقة كلها وبين ظهور الاضطراب السيكوسوماتي.

ويرى **الطاهر** (1993) أن فلسفة الاضطراب السيكوسوماتي ينظر لها من خلال مدى قوة العلاقة بين الفرد والبيئة التي يحيا فيها، فالاضطرابات السيكوسوماتية يمكن أن تعرف كمجموعة من الاضطرابات البدنية تنتج عن اضطراب الحالة النفسية. هذه الاضطرابات يمكن أن تؤثر على أي جهاز من أجهزة الجسم مثل جهاز القلب، أو الجهاز التنفسي وغيره من الأجهزة الجسمية.

حيث أشارت الدراسات إلى أن نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية ناتجة عن التفاعل بين النفس المتمثل بالضغوط والمكانيزم الفسيولوجي ومدى قابلية عضو من أعضاء الجسم للتأثر، وهما العنصران اللذان يمثلان ظهور الاضطراب السيكوسوماتي.

أما **سيلي** (Selye, 1956) فيرى أن أي موقف من مواقف الشدة أو المحن يؤدي إلى متلازمة أو داء التوافق العام *General Adaptation Syndrome (G.A.S)* .

وهذه المتلازمة (G.A.S) تشير إلى أن مجرد وجود اضطراب بغض النظر عن نوع الاضطراب، يدل على عدم تحقيق التوافق المطلوب للفرد. وأن (G.A.S) تحرض الفرد من أجل الدفاع عنه وتساعد الجسم على مغالبة الصعاب ويرى **سيلي** أنها متلازمة (SYNDROME) لأن أعراضها منسقة ويعتمد بعضها على البعض الأخر. ويؤدي الخلل في مرحلة المقاومة إلى ظهور أعراض اضطرابات التكيف أو التوافق وهي أعراض لا يسببها عامل واحد، وإنما استجابة الجسم ككل للجهد الناتج عن ضغط هذه العوامل بما في ذلك الأعصاب، الهرمونات، والأعضاء، وتفاعلات الجسم وكل ذلك يمهد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (Selye, 1956).

ويقسم **سيلي** مراحل زملة اعراض التكيف والتوافق العام او مراحل الاجهاد إلى ثلاث مراحل:

أ/ مرحلة الصدمة : أو مرحلة التنبيه والتحذير وتعرف مرحلة الصدمة بأنها مزيج من استجابة الجسم للخطر الخارجي، وهي تعتبر وسيلة دفاعية للجسم من هذا الخطر، وهي مرحلة قصيرة تستمر دقائق أو ساعات قليلة وفيها يزيد النبض مع هبوط في ضغط الدم وحرارة الجسم وتسرع في ضربات القلب، ويزداد عدد مرات التنفس، كما يزداد تكسير سكر الأنسجة لتوفير مزيد من الطاقة ومن هنا تبدأ مرحلة إنذار بالخطر ، ولعل أول وسيلة دفاعية هي زيادة واضحة في إفراز هرمون الأدرينالين الذي يكون له دور مؤقت وسريع، وكذلك نشاطًا لهرمون الكورتيزون الذي تفرزه قشرة الغدة الكظرية، وهذا الهرمون وظيفته السعي وراء الدفاع ضد الخطر من أجل تحقيق التوازن العضوي للفرد، أما في

حالات الصدمة على إفراز الهرمون (*Pituitary gland*) الشديدة نجد أن الهيبوثلاموس يحث الغدة النخامية المنشط للغدة الكظرية وهذا بدوره يحث قشرة الغدة الكظرية على إفراز هرمون الكورتيزون وغيره من المركبات التي تساعد على زيادة مقاومة الجسم في مواقف الضغوط والصدمات. وبدخول الكورتيزون الدم يصحو المصاب ليدخل في المرحلة الثانية للصدمة.

ب/ مرحلة المقاومة : وتسمى بمرحلة التكيف فالفرد حين يقاوم الضغوط تكون أعضاء جسمه في حالة تيقظ تام كرد فعل على تأثير هذه الضغوط وهذا ما يؤثر سلبًا على أعضاء الجسم المسؤولة عن النمو والوقاية من العدوى مما يجعل الجسم في حالة إعياء وضعف، وهدفًا لضغوط أخرى ومنها الإصابة بمرض فإذا لم تستمر المرحلة الأولى طويلا تختفي الأعراض تدريجيًا ويكون الجسم قد حقق بوساطة دفاعاته التوافق والعودة للتوازن، ويتجدد بناء الأنسجة وتستمر المرحلة الثانية أيامًا وشهورًا أو سنين عديدة بحسب نوع الضغوط وشدتها، وتنتهي بزوال الضغوط المسببة لها والشفاء منها أو تصاب الغدة الكظرية بعجز عن إفراز هرمونها الكورتيزون وذلك بسبب استنفاذه بسرعة، مما يؤدي إلى ضعف مقاومة الجسم ثانية .كما أن مثل هذه الحالات إذا لم تعالج بسرعة فإنها تؤدي إلى اضطرابات عضوية خطرة وبزيادة مقاومة الجسم وزيادة إفراز الهرمونات يصل الفرد إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة الإجهاد.

ج/مرحلة الإجهاد : كما تسمى أحيانًا بمرحلة الانهيار وتحدث هذه المرحلة عندما تستمر الحالة في تعرضها للضغوط والمحن، حيث يستنفذ الجسم طاقاته ولا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، وتفشل الوسائل الدفاعية للجسم فتظهر علامات الإعياء تدريجيًا وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، وتتوقف عملية إعادة بناء الأنسجة وتقل مقاومة الفرد ويصبح هزيلا ضعيفا ويكون ذلك بسبب التوقف التدريجي للجهاز العصبي السمبثاوي عن إنتاج الطاقة، ويبدأ الجهاز العصبي البارا سمبثاوي وظيفته فتبطئ أنشطة الجسم وقد يصاحب ذلك أعراض اكتئاب أو سلوك ذهاني أو مرض جسمي، وربما الموت أحيانا، وفي هذه المرحلة التي يحفز على إفراز هرمون الكورتيزون (ACTH) تفشل الغدة النخامية في إفراز هرمون مما يؤدي إلى إعطاء هذا الهرمون عن طريق الفم، والذي يحدث في حالة الشدة النفسية أن الغدة النخامية لا تستطيع التوقف عن عملها لأن الضغط التنفسي ينبه باستمرار وبالتالي تنبه (ACTH) الهيبوتلاموس الذي ينبه الغدة النخامية ويحثها ثانية على إفراز هرمون قشرة الغدة الكظرية، ويزداد إفراز الكوريتزون ثانية. وهذه الزيادة الخارجية بواسطة الحقن والزيادة الداخلية

لهرمون الكورتيزون تؤدي إلى نقص السكر بالدم والإصابة بمرض السكر وإرهاق خلايا البنكرياس وضمورها (*Uric*) كما قد يؤدي ذلك إلى زيادة حمض اليوليك خاصة الخلايا التي تفرز الأنسولين مما يعرض الفرد لمرض السكر، كما قد يؤدي ذلك إلى قرحة المعدة، ونقصان نسبة الزلال والفسفور والكالسيوم في العظام لدرجة إصابتها، (***Angina***) بالتخلخل وسهولة الإصابة والكسر، وقد يتعرض الفرد إلى الذبحة الصدرية ويزداد الكولسترول مع سهولة ترسبه في جدران الأوعية مما يزيد من احتمال تكوين جلطات دموية وغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية.(غازي والطيب، 1984) و (الزراد ، 2000).

إن متلازمة التوافق العام فيها جانب جيد وجانب سيئ، ويرى Frankenhaeuser أنها تزود الأفراد بالطاقة اللازمة للمقاومة والنجاة، فإذا كان المطلوب هو العمل مثلا فإن الجسم يكون على استعداد للأداء والشعور بالتحسن كلما زادت درجة إفراز الأدرينالين، أما عندما يكون الفرد بصدد أحد أشكال المعاناة العصرية مثل الازدحام، ضعف الدخل، صراعات اجتماعية ... فإن هذا يتطلبُ مزيدًا من الجهد الفكري ولمدة طويلة الأمد، مما يتطلب بالتالي العمل السريع .ولهذا يعتقد بعض العلماء أن ردود أفعالنا الجسمية والهرمونية تجاه الضغوط تصبح دون فائدة، وقد تكون هذه الردود ضارة بالفرد فالسكر الذي يفرزه الكبد يزودنا بالطاقة، وإذا لم يستخدم فإنه يؤدي إلى خلق ظروف تؤدي بدورها إلى أمراض الشرايين، كما أن الإفراز الزائد للأدرينالين يتلف الأعضاء ويؤدي إلى الصداع وأمراض ضغط الدم والقرحة والحساسية .

III / المؤسسات العقابية

1. مفهوم السجن

وردت الإشارة إلى كلمة السجن في القرآن الكريم في قصة سيدنا يوسف (عليه السلام) عند قوله تعالى ﴿ يَا صَاحِبَيِ السِّجْنِ أَأَرْبَابٌ مُتَفَرِّقُونَ خَيْر أَمِ اللهُ الوَاحِدُ القَهّار﴾ (**سورة يوسف الآية 39**)، وكانت هذه الآية حول رؤيا لسيدنا يوسف (عليه السلام)، وقوله تعالى أيضا ﴿ قَال رَبّ السجنُ أَحَبُّ إليَّ ممّا يَدْعُونَنَي إِلَيْه﴾ (**سورة يوسف الآية 33**).

ومعنى السجن في اللغة هو الحبس، والحبس معناه المنع، ومعناه الشرعي هو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غير ذلك (عزالدين الخطيب التميمي وآخرون، (د. ت)، ص 239)

أما اصطلاحا فيقصد بالسجن تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية (اسحق إبراهيم منصور، 1989، ص 163) وسالبة لها وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي وفي أجواء طليقة، والحيلولة دون ممارسة أي نشاط ما. وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم وتسميات مثل الإصلاحيات أو مراكز التأديب أو دور الإصلاح والتهذيب أو التقويم أو مؤسسات إعادة التربية أو غير ذلك من التسميات (اسحق إبراهيم منصور، 1989، ص 163).

كما يعرف النظام القانوني الجزائري السجن أو المؤسسة العقابية على أنها "هي مكان للحبس تنفذ فيه وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية، والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية، والإكراه البدني عند الاقتضاء" (المادة (25) قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين لسنة 2005).

1.1. مفهوم السجين

السجين يعرف على أنه "الشخص الذي منعت حريته بقصد تعويقه ومنعه من التصرف بنفسه ونقصد بالسجين هنا الشخص الذي عوق ومنع من التصرف بنفسه سواء كان ذلك من خلال وضعه في بيت

أو مسجد أو قبوا كما كان سائدا في الوقت الماضي أو كان ذلك من خلال وضعه في بناء مقفل يوضع فيه الأشخاص المتهمون في انتظار محاكمتهم أو تنفيذ الأحكام الصادرة ضدهم كما هو سائد ومعمول به في الوقت الحاضر" (عبد الله عبد العزيز اليوسف، 1999، ص 176)، وهو ما يتوافق مع ما ذهب إليه المشرع الجزائري في تعريفه للسجين أو المحبوس والذي يقال عنه أنه "الشخص الذي ارتكب جريمة أو أكثر، مخالفا بذلك نصا في القانون عمدا، ومودعا في إحدى المؤسسات العقابية" (محمد حسن غانم، 1994، ص 75)، وهذا التعريف له الخصائص الآتية:

1- ركز على الفرد المرتكب لجريمة أو أكثر.

2- من المحتمل أن يرتكب الفرد جريمة أو أكثر.

3- أن ارتكاب الجريمة يكون بصورة عمدية وليست عفوية.

4- أن المسجون لابد وأن يودع في إحدى المؤسسات العقابية.

ويشترط في السجن أن يكون مكانا لاستقبال كل من كان على استعدادا للإصلاح والتربية والتقويم، لأنه لو يفقد المحكوم عليه هذه القابلية للإصلاح فلن يجدي إيداعه في السجن، وبالتالي وجوب تسليط آلية أخرى لتطبيق الحكم عليه كبديل للإيداع في مؤسسة السجن.

كما ارتبط مفهوم إعادة التربية بمفهوم السجن، الذي هو الآخر مرادف لمفهوم الحبس، ومؤسسات إعادة التربية هي مراكز للتكفل والتأهيل، وهو وصفا لم يكن من قبل، وإنما جاء بعد مراحل، لتحل بذلك "فكرة التهذيب والإصلاح محل فكرة الزجر والردع، وتجاوزت رسالة السجن عن حد وقاية المجتمع من الخارجين على نظمه إلى المساهمة إيجابيا في تقدم المجتمع بتخريج أكبر عدد ممكن من نزلائه إلى الحياة الاجتماعية مهيئين مهنيا وثقافيا واجتماعيا، وصالحين جسميا وعقليا لاستعادة أماكنهم في عملية الإنتاج في المجتمع" (سلوى عثمان الصديقي وآخرين، 2002، ص 263)، وبهذا لا فرق بين مؤسسة إعادة التربية والمؤسسة الإصلاحية في التسمية، ذلك أن مراكز إعادة التربية لم تكن سوى بيوتا للإصلاح والتقويم كما عبر عن ذلك السيد رمضان عندما تحدث عن تحول دور السجن من العقاب إلى الإصلاح وأنه " لم يصبح الغرض من إرسال السجين إلى السجن القضاء عليه أو الانتقام منه، وإنما إبعاده عن المجتمع فترة يشعر فيها بالندم، ويعاد علاجه وتأهيله للتعاون مع المجتمع تعاونا مثمرا بناءا" (سلوى عثمان الصديقي وآخرين، مرجع سابق، ص263)، ومن هذا تصبح مؤسسة إعادة التربية (دراسة للباحث منشورة بالشروق اليومي، العدد 660، 2002) مؤسسة علاج،

ومؤسسة رعاية، ومؤسسة تأهيل، ومؤسسة إدماج، ونحن هنا نعرف السجون على أنها تلك "المؤسسات المعدة لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية، وعادة ما تسمى بمراكز التأهيل أو الإصلاحيات، هدفها تأهيل السجين اجتماعيا، ونفسيا، وصحيا، ومهنيا، وفكريا، ودينيا... حتى يجد نفسه بعدها مندمجا ضمن سياق اجتماعي وتفكير رسمي، متطلعا إلى الارتقاء بشخصيته إلى مرتبة الإنسان الواعي والمسؤول".

2.1. السجن من منظور التشريع الجزائري

تعتبر الجزائر كغيرها من الدول التي أقرت قوانين وسنت شرائع خاصة بالسجناء أو المحبوسين وفق ما تمليه قواعد وأسس معاملة السجناء التي تقرها الأمم المتحدة في القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، حيث صدر القانون السابق المتمثل في الأمر رقم 72/ 02 المؤرخ في 10 فيفري 1972 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين، أين جاءت فاتحة القانون مؤكدة على ما يلي:

- تمسك الجزائر بالحريات الفردية ومبدأ المساواة في العقوبات التي تحافظ السلطة القضائية عليها وتقوم بتطبيقها.
- الهدف من العقوبة المانعة للحرية هو إصلاح المحكوم عليهم وإعادة تربيتهم وتكيفهم الاجتماعي.
- تطبيق توصيات منظمة الأمم المتحدة في معاملة المسجونين.
- إن التربية والتكوين ثم الأعمال النافعة هي من الوسائل الفعالة لإعادة التربية بالإضافة إلى العامل الدائم لترقيتها.
- الإيمان بتهذيب خاصيات المسجونين الفكرية والأخلاقية بصفة دائمة، مستهدفة حماية المجتمع.

أما القانون الجديد فإن مادته الأولى فقد اختصرت كل ذلك في عبارة واحدة وهي أنه "يهدف هذا القانون إلى تكريس مبادئ وقواعد لإرساء سياسة عقابية قائمة على فكرة الدفاع الاجتماعي التي تجعل من تطبيق العقوبة وسيلة لحماية المجتمع بواسطة التربية وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين" (المادة (1) قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، 2005)، وهو ما يتوافق مع القانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون الذي جاء في مادته الأولى والتي نصت على ما يلي "تنفيذ الأحكام الجزائية السالبة للحرية وسيلة للدفاع الاجتماعي وصيانة للنظام العام و به يتحقق أمن الناس في أنفسهم وأعراضهم وأموالهم ويساعد الأفراد الجانحين على إعادة تربيتهم وتأهيلهم وذلك برفع المستوى

الفكري والمهني لهم" (الفقرة (1) من المادة (1) للقانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون، 2000)، كما نصت المادة (2) على أن "يعامل المحبوسون معاملة تصون كرامتهم الإنسانية، وتعمل على الرفع من مستواهم الفكري والمعنوي بصفة دائمة، دون تمييز بسبب العرق أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي"(المادة (2) قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، 2005)، وهو ما يتوافق مع القانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون في المادة (1) حيث أكدت على أنه "لا يجوز التمييز بين المسجونين على أساس العنصر أو العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي"(الفقرة (2) من المادة (1) للقانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون، 2000)، كذلك يتوافق هذا مع ما نادت به القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء التي اعتمدتها هيئة الأمم المتحدة، وهذا في مادتها الخامسة والتي نصت على أنه "لا يجوز أن يكون هناك تمييز في المعاملة بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو الدين، أو الرأي سياسيا أو غير سياسي، أو المنشأ القومي أو الاجتماعي أو الثروة أو المولد أو أي وضع آخر" (المادة (5) القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، 1948)، كما نادى المشرع الجزائري بضرورة تفريد العقوبة حيث ورد في المادة (3) على أنه "يرتكز تطبيق العقوبة السالبة للحرية على مبدأ تفريد العقوبة الذي يتمثل في معاملة المحبوس وفقا لوضعيته الجزائية، وحالته البدنية والعقلية"(المادة (3) قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، 2005).

يعتبر السجن أو المؤسسة العقابية حسب المشرع الجزائري وفق ما نصت عليه المادة (25) من قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين "مكان للحبس تنفذ فيه وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية، والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية، والإكراه البدني عند الاقتضاء" (المادة 25 قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، 2005)، وهو ما يتوافق مع القانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون الذي جاء في مادته الأولى والتي نصت على ما يلي "المكان المعد لإيواء الأشخاص الذين صدرت بحقهم أحكام أو أوامر سالبة للحرية من سلطة مختصة"، وقد عرفه القانون القديم المعروف بقانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين من خلال المادة (4) والتي نصت على أن السجن يمثل "مركز للاعتقال تابع لوزارة العدل، ويوضع فيه الأشخاص المعتقلون طبقا للقانون" (المادة (4) من الأمر رقم 72/ 02 المؤرخ في 10 فيفري 1972 المتضمن قانون تنظيم

السجون وإعادة تربية المساجين)، وتضيف المادة (5) من ذات القانون "أن المعتقلون من حيث القصد وفقا للمادة السابقة هم "الأشخاص المذكورون على وجه الترتيب التالي:

- الأشخاص الملاحقون بتدبير مانع للحرية كمسجونين.
- الأشخاص الملاحقون جزائيا و لم يحكم عليهم نهائيا كمسجونين متهمين.
- الأشخاص الذين صدر بحقهم حكم قضائي أصبح نهائيا كمسجونين محكوم عليهم.

أما القانون الجديد فإنه ينظر للمحبوس أو السجين على أنه "كل شخص تم إيداعه بمؤسسة عقابية، تنفيذا لأمر، أو حكم، أو قرار قضائي.

ويصنف المحبوسون حسب المادة (3) قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين إلى:

1- محبوسين مؤقتا، وهم الأشخاص المتابعون جزائيا، والذين لم يصدر بشأنهم أمر، أو حكم، أو قرار قضائي.

2- محبوسين محكوم عليهم، وهم الأشخاص الذين صدر في حقهم حكم أو قرار أصبح نهائيا.

3- محبوسين تنفيذا لإكراه بدني.

من خلال هذا الإيراد يتضح لنا أن السجون هي أماكن كبيرة لاحتجاز المحكوم عليهم، أو الذين صدر بحقهم حكم قضائي في قضايا ما يوقع عليهم عقوبة الحبس، وتعريف المحبوس يتفق إلى حد كبير مع تعريف جامعة الدول العربية، حيث نصت المادة (2) من القانون النموذجي العربي الموحد لتنظيم السجون على أن السجين هو "الشخص المودع في السجن بناء على حكم قضائي أو أمر صادر من سلطة مختصة".

يسهر على تنفيذ قرارات العدالة في تطبيق العقوبات على المحكوم عليهم من الأصناف السابقة هيئة تسمى "لجنة تطبيق العقوبات"، حيث أفرد المشرع الجزائري حسب المادة (14) من قانون السجون جملة من المهام التي تسهر على تنفيذها هذه اللجنة في كل مؤسسة عقابية أو إصلاحية، حيث نصت المادة على ما يلي "تنشأ لدى كل مؤسسة وقاية وكل مؤسسة إعادة التربية، وكل مؤسسة إعادة التأهيل، وفي المراكز المخصصة للنساء، لجنة تطبيق العقوبات يرأسها قاضي تطبيق العقوبات.

تختص لجنة تطبيق العقوبات بما يلي:

1- ترتيب وتوزيع المحبوسين، حسب وضعيتهم الجزائية، وخطورة الجريمة المحبوسين من أجلها، وجنسهم وسنهم وشخصيتهم، ودرجة استعدادهم للإصلاح.

2- متابعة تطبيق العقوبات السالبة للحرية والبديلة عند الاقتضاء.

3- دراسة طلبات إجازات الخروج وطلبات التوقيف المؤقت لتطبيق العقوبة، وطلبات الإفراج المشروط، أو الإفراج المشروط لأسباب صحية.

4- دراسة طلبات الوضع في الوسط المفتوح، والحرية النصفية، والورشات الخارجية.

5- متابعة تطبيق برامج إعادة التربية، وتفعيل آلياتها.

تحدد تشكيلة هذه اللجنة، وكيفيات سيرها عن طريق التنظيم.

تتهيكل وزارة العدل وفق تنظيم إداري يضم في مكوناته مجموعة من المديريات التي تسهر على تطبيق العدالة، إذ يشير دليل المتعامل مع العدالة إلى وجود كل من المديرية العامة للشؤون القضائية، والمديرية العامة للموارد البشرية، والمديرية العامة للمالية والوسائل، والمديرية العامة لعصرنة العدالة، والمديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج، هذه الأخيرة التي تمثل الإطار العام لنظام السجون في الجزائر، وتسهر على تسيير قطاع السجون وقضايا السجناء، وقد أنشأت المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة التربية طبقا للمرسوم رقم 2002- 98 المؤرخ في 20 جوان 1998، هدفها التكفل بتسيير هذا القطاع، وتتمثل مهمتها الرئيسية في عملية تنفيذ إصلاح قطاع المؤسسات العقابية، الذي تمت برمجته في إطار عملية الإصلاح الشامل لجهاز العدالة، ويتمحور إصلاح المؤسسات العقابية الذي يؤطره جهاز تشريعي وتنظيمي جديد (**من بيانات المديرية العامة لإدارة السجون**، www.mjustice.dz)، ويتمحور هذا الإصلاح الذي تهدف إليه مهمة المديرية العامة لإدارة السجون في الأهداف التالية (**دليل المتعامل مع العدالة، منشورات وزارة العدل، ص19** www.mjustice.dz):

- إعادة تكييف المنظومة القانونية والتنظيمية.
- تحسين ظروف الاحتباس.
- تعزيز برامج إعادة التربية وإعادة الإدماج لصالح المحبوس.
- تدعيم حقوق المحبوسين

2. مفهوم التأهيل

إن كلمة التأهيل في العربية تعني في الواقع مساعدة الشخص وخدمته، ويقابلها في اللغة الفرنسية كلمة (*Réhabilitation*) والتي تعني مساعدة الشخص العاجز على التكيف (*Adaptation*)، أو العمل على إعادة تكييفه (*Réadaptation*) (صالح شيخ كمر،(د. ت)، ص 205)، وهو يعني بذلك عملية تنشئته وإعداده وفق ما تستدعيه خدمته ليتمكن من استعادة قدراته وقواه التي فقدها.

تختلف النظرة للتأهيل حسب اختصاص كل عالم أو باحث، أو حسب نوعية البحث ومجال تموقعه، وفي هذا نجد أن نظرة علماء النفس لعملية التأهيل على أنه "العملية التي يصل بها الراشدون في المراحل المختلفة من مشاعر العجز والاضطراب الانفعالي والتبعية إلى تحقيق استبصار جديد في ما يتصل بأنفسهم، وإلى اكتساب المهارات اللازمة لحالتهم الجديدة، وإلى أسلوب جديد من السيطرة على انفعالاتهم وبيئتهم" (توماس. ج. كارول، 1964، ص132)، والمقصود من هذا هو العمل على تحرير الشخص من كل ما يعتريه من سمات شخصية سلبية مثل العجز واليأس، وبعث فيه روح التمسك بالحياة من خلال الاستناد على ركائز ودعامات قوية للتصدي لأي عارض سلبي.

أما علماء الاجتماع فينظرون إلى عملية التأهيل على أنها "عملية تستند ما وسعها الاستناد إلى قوة الجماعة ومؤازرة الجماعة، ولكنها تشكل بدقة على مقاس الطابع الفرد للشخصية والمشكلات النوعية الخاصة بكل فرد الذي تجرى له عملية التأهيل"(توماس. ج. كارول، 1964، ص133)، وهذا يشير إلى إمكانية تعدد أوجه عملية التأهيل، وفي نفس الوقت أن يكون التأهيل كلا متكاملا، وكما ينبغي أن يبدأ من مقعد المؤسسة التي يودع فيها الشخص، وبذلك تتنوع الإجراءات التي تقوم عليها التأهيل وتعتمد عليها وفق ما تفرضه مبادئ الخدمة الاجتماعية، لأنها كما يرى **ورنهايم** عملية "تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات عن طريق الأنشطة الموجهة نحو علاقاتهم الاجتماعية، بما في ذلك التفاعل بين الإنسان والبيئة المحيطة، وتؤدي هذه الأنشطة ثلاث وظائف رئيسية وهي علاج يلحق بالأفراد من أضرار في قدراتهم وتقديم الخدمات الفردية والجماعية والوقاية من الآفات الاجتماعية" (أحمد مصطفى خاطر، ط2، 1995، ص 124)، وهنا تكمن الفائدة الفردية، كما أنها توجد مصلحة اجتماعية، مما يجبر المجتمع على تطبيقها (إجراءات التأهيل) قهرا بصرف النظر عن إرادة الجاني (أحمد مصطفى خاطر، ط2، 1995، ص 133)، مثل هذه العملية تستوجب توفر طاقات كبرى لأنها تلقي

بأعباء جسيمة على هيئة الأخصائيين، ذلك أن التأهيل الحقيقي هو "علم وفن مما يتطلب سعة في المعرفة والخبرة، كما يتطلب القدرة على منح الحب الناضج، إنها (عملية التأهيل) تتطلب القدرة على تقديم العون، والقدرة على سحب هذا العون في الوقت المناسب بالطريقة المناسبة، فكل عون ينبغي أن يكون عونا في اتجاه الاعتماد على الذات.

إن برنامج التأهيل الشامل إنما هو نسيج مرهف تتداخل فيه المهارات والاتجاهات لصالح الشخصية الكلية(توماس. ج. كارول، 1964، ص133)، ومن هذا فإن التأهيل قبل أن يكون مهمة مسؤولية إنسانية بالدرجة الأولى من تعديل اتجاهات الأفراد المنحرفين وتهذيب طبائعهم وتهيئتهم للحياة العادية، وتعويدهم على احترام النظام، والامتثال لضوابط المجتمع من قانون وعرف وتقاليد...

يمكن القول أن التأهيل الذي قيل عنه أنه عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانات الفرد العاجز، والعمل على تنمية هذه القدرات لتحقيق أكبر نفع ممكن له في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية (أحمد مصطفى خاطر، 1997، ص 265)، هذا التأهيل لا يمثل غاية، بل هو وسيلة إلى هدف نهائي وهو تحقيق زيادة في القدرات الشخصية إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق القوة الجسمانية والمعنوية، حتى يقبل على الحياة ويعيش فيها حياة طبيعة، ويشمل التأهيل أنواعا مختلفة منها الجانب الاجتماعي والنفسي والصحي، والتأهيل المهني والتعليمي، والتهذيب الديني والأخلاقي وحتى الخدمات الترفيهية والترويحية التي يكون توفيرها أمرها ضروريا، ونعني بالتأهيل في دراستنا هذه "مجمل الأساليب المتبعة في مؤسسات إعادة التربية، سواء الخاصة بالمنحرفين الأحداث أو البالغين، والمتضمنة في الإجراءات التربوية والاجتماعية والنفسية والصحية والمهنية والتعليمية والتهذيبية وحتى الترفيهية، التي تقوم على أسس الخدمة الاجتماعية التي يقصد من ورائها إصلاح المحكوم عليه وإعادة إدماجه في المجتمع كفرد سوي".

3. أنواع أنظمة السجون في العالم

هناك من يعدد أنظمة السجون حسب علاقة المسجونين بالعالم الخارجي من جهة وعلاقتهم ببعضهم البعض من جهة أخرى.

1.3. النظام الجماعي

وهو الجمع بين المحكوم عليهم في زنزانة واحدة ويكون العيش سويا في إطار جماعي ليلا ونهارا ويكون النوم جماعيا في عنابر كبيرة والإطعام يكون جماعيا، ويعتبر الحبس الجماعي أخر مرحلة يصل إليها المسجون بعد اجتياز مرحلتي السجن الانفرادي والسجن المزدوج ومن مميزات هذا النوع من الأنظمة أنه أقل تكلفة بحيث لا يكلف المجتمع عناء التكفل بجميع المحكوم عليهم من حيث الرقابة والضبط والتكفل العلاجي والتهذيبي والتكويني وأنه سهل التنفيذ، كما يساعد على توفير شروط الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي بين المسجونين من خلال فرص التقارب والاختلاط بحيث يشعر السجين أنه غير معزول وأنه في بيئة اجتماعية، ومن جهة أخرى يعطي فرصة العمل الجماعي وتقاسم المهام والاشتراك في الإنتاج كما يعطي فرصة لتحقيق الذات والثقة في النفس والاستمرار في التفاعل الاجتماعي السوي. ورغم هذا لا يمنع من وجود سلبيات وعيوب بهذا النوع من الأنظمة من بينها أن الاختلاط بين النزلاء يمثل مصدر خطر بحيث يساعد على خلق ثقافة منحرفة وحتى إجرامية يكتسبها المنحرفون الصغار من خلال المعاشرة داخل السجن.

2.3. النظام الفردي

وهو الإفراد بين المحكوم عليهم ويكون العيش انفراديا ليلا ونهارا ومن مميزاته العزل الفردي التام ويمنع عليه الاختلاط مع باقي المسجونين، وهذا النوع ارتبط تاريخه بظهور السجون الكنسية أين كان المسجون يوضع في السجن الانفرادي حتى تقبل توبته، ومن مميزات هذا النظام أنه يقلل من انتشار ثقافة الإجرام كما يسمح للسجين أن يعيش وفق ظروفه الشخصية وهذا التكفل يكون على مستوى فردي أي فردا فردا ومن جهة أخرى هذا النوع من العقاب يولد الشعور بالندم لدى السجين. وعلى الرغم من كل ذلك لم يسلم هذا النظام من الانتقاد حيث أنه يصعب إيجاد لكل سجين غرفة خاصة به.

(الاستاذة مازوز محاضرات ألقيت على الطلبة السنة الرابعة علم النفس العيادي علم الإجرام)

4. أنواع السجون في الجزائر

إن نظام إدارة السجون في الجزائر تكاد تكون متشابهة مثل أنظمة بقية الدول فنظام السجون يقوم عادة على البيئة المغلقة أين يكون فيها الأسلوب المتبع لتطبيق العقوبة السالبة للحرية في وسط تحكمه حواجز

مادية تمنع أي تصرف من السجين قد يساعده على الهرب أو الخروج من المؤسسة دون أمر من قاضي تطبيق الأحكام الجزائية وهي الأسوار العالية، القضبان، الأسلاك الشائكة الملتفة حول الأسوار، الحراسة الشديدة....الخ

تتميز معظمها بنظام البيئة المغلقة والمتمثلة في :

1.4. مؤسسات الوقاية: وتنشأ هذه المؤسسات لاستقبال المتهمين والمحكوم عليهم بعقوبات تقل عن ثلاثة أشهر حسب ما أوردته المادة 26 من قانون تنظيم السجون وإعادة التربية. تحدث في دائرة اختصاص كل مجلس قضائي مؤسسات للوقاية تقام قرب المحاكم وتخصص لحبس المتهمين والمحكوم عليهم بأحكام مدتها ثلاثة أشهر فأقل أو الذين تبقى على انتهاء عقوبتهم مدة ثلاثة أشهر فأقل وكذلك لحبس المكرهين بدنيا. ومؤسسات الوقاية في الجزائر معممة تقريبا على كامل التراب الوطني بحيث يبلغ عددها 76 مؤسسة على مستوى التراب الوطني، كما تعرف هذه المؤسسات أيضا بمؤسسات الاحتياط.

2.4. مؤسسات إعادة التربية: هي نوع من السجون ذات البيئة المغلقة وتنشأ هذه المؤسسات لاستقبال المتهمين والمحكوم عليهم بعقوبات تقل عن سنة حبس وهذا ما أكدته الفقرة 2 من المادة 26 من قانون تنظيم السجون وإعادة التربية كما تحدث بالنسبة لكل مجلس قضائي مؤسسة لإعادة التربية معدة لحبس المتهمين والمحكوم عليهم بأحكام تقل عن سنة واحدة أو الذين بقي على انتهاء عقوبتهم مدة سنة واحدة فأقل ومؤسسات إعادة التربية في الجزائر هي متواجدة بعدد 36 مؤسسة على مستوى التراب الوطني.

3.4. مؤسسات إعادة التأهيل: هي نوع من مؤسسات السجون ذات البيئة المغلقة التي تنشأ لاستقبال المتهمين والمحكوم عليهم بعقوبات تفوق السنة وهو ما نصت عليه الفقرة الثالثة من المادة 26 من قانون تنظيم السجون وإعادة التربية وتحدثت مؤسسات لإعادة التأهيل مكلفة بحبس المتهمين والمحكوم عليهم بأحكام تفوق السنة والمحكوم عليهم بعقوبة السجن المؤبد والجانحين المعتادين مهما كانت مدة العقوبة الصادرة بحقهم. مؤسسات إعادة التأهيل بالجزائر أو ما يعرف بمؤسسات التكييف يبلغ عددها 6 مؤسسات على مستوى التراب الوطني.

(مصطفى شريك، نظام السجون في الجزائر، دراسة منشورة بجريدة الشروق اليومي، العدد 660، بتاريخ 28/ 12/ 2002.)

5. معاملة المساجين وطرق التكفل بهم

تقوم معاملة المجرمين والتكفل بهم على مستويات ثلاث: المستوى القانوني، المستوى التربوي و المستوى النفسي.

1.5. على المستوى القانوني

إن الجريمة ظاهرة اجتماعية تقترن دوما بوجود التجمعات البشرية من جهة، ويتبعها الجزاء الجنائي ونظام العقوبات من جهة أخرى بمعنى أكثر وضوح ترتبط الجريمة بالإنسان وترتبط العقوبة بالفعل الإجرامي. إن الحالة التي تضع الفرد ضمن الأفعال المحظورة من الناحية القانونية توجب معاملته معاملة خاصة والمعاملة الخاصة من الناحية القانونية تدل على إنزال عقوبة بمرتكب الفعل المخالف كما يسنها المجتمع الذي ينتمي إليه والملاحظ أن أكثر العقوبات التي توقع على المجرمين ومخالفي القوانين هي على ثلاث أنواع: عقوبة بدنية، وسالبة للحرية، وعقوبة مالية. وجدير بالقول في هذا المقام أن الهدف من إنزال العقوبة بالجاني لم يحتفظ بهدف الردع الخاص الذي يقصد به المجرم لذاته وإنما أصبح يهدف إلى الردع العام حيث تتوجه العقوبة لكافة أفراد المجتمع بالتحذير والإنذار أن أقدموا على ارتكاب الجريمة، والواقع أن الاتجاه العام للعقوبة أصبح يحمل بصمات الاعتدال لا القسوة الشديدة كما أصبح الهدف من العقوبة تصحيح الخلل الذي وقع في شخصية الجاني.

2.5. على المستوى النفسي

للأخصائي النفسي دور كبير يلعبه على مستوى التكفل بالمجرمين داخل المؤسسات العقابية.

1.2.5. التكفل النفسي التمهيدي:

من أهم صور التكفل النفسي التمهيدي مساعدة النزيل على التخلص من التوترات النفسية والمشاعر السلبية التي تسيطر عليه نتيجة عمليات الضبط والمحاكمة والإيداع بالسجن. فالنزيل عادة تسيطر عليه

أفكار ومشاعر سلبية من أنه شخص مرفوض ومغضوب عليه وأنه قام بارتكاب خطيئة ضد المجتمع، وبسبب ذلك يقع فريسة للقلق والتوتر والإحساس بالخوف والاغتراب.

أيضا وفي أحيان أخرى، قد يشعر النزيل بأنه شخص مظلوم ولا يرى نفسه مذنبا، إذ يقيم سلوكه تقييما مغايرا، هذا حسب نظريته الشخصية للحقوق والواجبات، ويؤدي به الشعور بالبراءة إلى العناد والتصلب في الرأي، ومقاومة النظام، ورفض التعامل مع القائمين بأمر إصلاحه وعلاجه.

ويتدخل الأخصائي النفسي في هذه الفترة الحرجة لتهيئة النزيل لتقبل بيئة السجن الجديدة، ومحاولة التأقلم معها، من خلال استخدام خبرته ومهاراته (التقدير، التقبل، التعاطف الوجداني ...)، أثناء المحادثة والحوار للتعرف على حاجاته والعمل على إزالة هذه التوترات النفسية والمشاعر والأفكار السلبية التي تسيطر عليه عند دخوله السجن.

ولتمكين النزيل من التأقلم مع واقع وطبيعة الحياة داخل السجن يعمل الأخصائي النفسي على تبصيره وتعريفه بنظم المعاملة بالمؤسسة (السجن)، وبرسالتها التربوية ويزوده بمعلومات وشروح حول لوائحها وطبيعة النظام المطبق بها، وغيرها من المعلومات التي يتعين الإطلاع عليها لمعرفة حقوقه وواجباته، وقد تؤخذ هذه العملية (تكييف النزيل) فترة من الزمن.

2.2.5. التكفل النفسي التشخيصي والعلاجي:

يتضمن هذا النوع من التكفل إجراء فحوص واختبارات قصد التعرف على الأمراض النفسية والجسدية التي قد تكون لدى السجين، على اعتبار أن تجربة الإيداع والحبس تجربة قاسية ومرهقة بإمكانها تفجير أمراض نفسية لدى السجين فقد تبين أن نسبة من المجرمين كانوا يعانون مما يعرف بهذيان السجين، وهي حالة تستلزم التشخيص والعلاج ليس فقط لمساعدة السجين، وإنما أيضا للحيلولة دون استخدامها كحيلة أو مبرر لإبعاد مسؤولية المجرم بسبب المرض العقلي الذي يوحي به هذا الهذيان.

يشمل التكفل النفسي أيضا تطبيق اختبارات وإجراء مقابلات عيادية متعددة قصد تشخيص وتقييم حالات النزلاء (دراسات لتاريخ الحالة) ودراستها دراسة شاملة من النواحي النفسية والعقلية والتعليمية تسهيلا لرسم طرق علاجهم وتوزيعهم على نشاطات البرنامج التمهيدي المسيطر لهم.

يركز التكفل النفسي أيضا على علاج بعض السلوكيات الإنحرافية لدى النزيل التي تكون موجهة نحو الآخرين لسبب ما، كالرغبة في السيطرة على الغير، أو الزعامة، والسلوكات الإنحرافية الجنسية،و قد يكون السلوك العدواني للسجين موجها نحو الذات، كمحاولته الإضراب عن الطعام، أو إحداث

إصابات بنفسه، أو حالات التفكير بالانتحار والتي تعود إلى الإحساس باليأس، أو سوء المعاملة داخل السجن أو للشعور بالغربة عن البيت.

هذا وتوجد خدمات استثنائية أخرى متنوعة يتلقاها السجين غرضها حل مختلف المشكلات النفسية والعلائقية التي تواجهه وتعيق توفقه مع بقية المسجونين ومع الإدارة.

3.2.5. التكفل النفسي الوقائي أو الاندماجي:

نعني بالتكفل النفسي الوقائي والإدماجي ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير المجرم بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وأضراره، فضلا عن التدخل لإعداد المجرم (النزيل) وتهيئته، من خلال الخدمات التعليمية، والمهنية، والترفيهية، والجلسات الإرشادية لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن، والعودة إلى الحياة العادية للتقليل من ظاهرة العودة.

تهدف خدمات وبرامج التأهيل النفسي معاونة النزيل وتمكينه من مواجهة مختلف المشاكل النفسية التي يعانيها والتغلب عليها، مثل فقدان الثقة بالنفس، والخوف من الوصم والعار، والشعور بالاكتئاب، والقلق، والخوف والميول العدوانية التي غالبا ما يكون السجين مصابا بها.

كما يهتم التأهيل النفسي بإعادة بناء الشخصية، وتحقيق توازنها النفسي وإذا تبين أن السجين يعاني من مرض الاكتئاب أو الهوس فإنه يحول إلى أخصائي الطب العقلي.

إلى جانب التأهيل النفسي، توفر مؤسسات إعادة التربية نزلائها برامج وخدمات مهنية متنوعة لتأهيلهم وإعدادهم للحياة العملية بعد الإفراج عنهم . ففي مجال التكوين المهني والعمل يتمتع النزلاء بفرص هامة تدريبية باعتماد برامج خصوصية منجزة بالاشتراك مع مراكز التكوين، كما يسمح للراغبين منهم في اختيار التخصص أو الحرفة المناسبة لهم، وتتعدد هذه الحرف من الحرف الإدارية إلى الحرف الفلاحية، فحرف الصناعات التقليدية.

وفي مجال العمل تتاح للمسجونين الفرصة للعمل داخل المؤسسة ويتقاضون نظير ذلك راتبا يعينهم على تسديد بعض الأغراض التي يشترونها من داخل المؤسسة ويهدف العمل داخل المؤسسة إلى غرس قيمة العمل لدى السجين وإعداده للاندماج في سوق العمل بعد الإفراج عنه. كذلك يمكن العمل داخل السجن من إقرار النظام، حيث أن النزيل الذي لا يعمل يوجه فكره نحو الهروب أو التمرد.

وتمثل الخدمة الترفيهية جزءا مهما من برامج خدمة السجين نفسيا، وتكمن أهميتها من كونها تساعد النزيل على استغلال وقت فراغه بصورة بناءة سليمة، وتجنبه التفكير في متاعبه، فضلا عن الشعور بالتسلية والارتياح.

ويدعم التأهيل النفسي التأهيل الاجتماعي، وفيه يعيد الأخصائي الاجتماعي وصل النزيل بأسرته ومجتمعه ودمجه في النشاطات (الثقافية، الترفيهية، الرياضية، المهنية) داخل السجين، فمن خلال هذا النوع من التأهيل توضح للسجين أهمية احترام القوانين والامتثال للمعايير الاجتماعية في المحافظة على أمنه وأمن مجتمعه، وكذا توضيح أنسب الطرق لإشباع حاجاته المادية والنفسية، وكيفية تجنب الصراع الناتج عن المواقف المحبطة التي تعترض حياته.

ولأغراض الاندماج الاجتماعي للسجين يحاول الأخصائي النفسي، في نهاية فترة الإبداع أو قبل مغادرة السجين المؤسسة، تبصير النزيل بأن فرصته في النجاح بعد خروجه من السجن تتطلب تغيرا جذريا في سلوكه، وأن هذا التغير هو نتيجة مباشرة لاتجاهاته الاجتماعية نحو المجتمع.

إن نجاح عملية الاندماج الاجتماعي عملية صعبة تتضافر في تحقيقها جهود الأخصائي النفساني والاجتماعي، وجهات أخرى داخل المجتمع المدني، فضلا عن السجين نفسه خاصة إذا كانت عمليات اصطلاحه وتأهيله ناجعة.

ونشير في هذا الجزء إلى أن برامج وخدمات التكفل النفسي للسجين تتنوع بتنوع سن السجين و نوع الحالة و على الأخصائي النفساني أن يحسن الإنصات والاتصال مع السجناء، وعليه الأخذ بالفكرة الأساسية التي تقوم عليها النظرة الحديثة في التعامل مع السجناء والتي مؤداها أن للعقوبة وظيفة نفسية واجتماعية وهي تأهيل الجاني وجعله مواطنا صالحا عن طريق تنمية إمكانياته ومؤهلاته وتهذيب سلوكاته وأخلاقه، ومساعدته على التوافق مع نفسه ومع محيطه الاجتماعي.

6. أســـــاليب التكفل النفسي للمساجين:

تمثل أساليب التكفل النفسي الجانب التقني الذي يتبع مع المجرمين أثناء فترة إيداعهم بمؤسسات إعادة التربية وبعد الإفراج عنهم. وتشمل هذه الأساليب العلاج النفسي ، والإرشاد النفسي و التوجيه التأهيلي المهني، ... وغيرها وفيما يلي توضيحا موجزا لها:

1.6. العلاج النفسي :

يأخذ العلاج النفسي صورا متنوعة لكل منه ميدانه وأسلوبه الخاص، وما يناسبه من حالات، مع أنه يمكن استخدام أكثر من أسلوب في علاج حالة معينة. ومن الطرق الأكثر شيوعا في علاج نزلاء السجون، العلاج النفسي التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج العقلاني – الانفعالي، و العلاج النفسي التدعيمي.

وتستخدم هذه الطرائق أساليب علاجية متنوعة كالإيحاء، والتداعي الحر، تدبر القلق، التخيل، الإقناع، النصح، التدريب على الاتصال الاجتماعي وغيرها.

يفيد العلاج النفسي في معرفة أمور عدة:

- معرفة الدوافع (الشعورية واللاشعورية) التي دفعت بالسجين إلى أن يرتكب الجريمة.
- معرفة ما إذا كان السجين يعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض على الجريمة أو ترتب عليها.
- معرفة مدى توافق السجين مع ذاته.
- التعرف على سمات شخصيته، وهل تصاحبه مثلا اضطرابات معينة ومشادة هذه الاضطرابات وتأثيرها على سلوكه.

أما أهدافه فيمكن جمعها في الآتي:

- زيادة وعي الفرد (السجين) واستبصاره وفهمه.
- تقوية الأنا وتنميته.
- تغيير البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة.
- تعويد السجين على اعتماد النفس وتحمل المسؤولية.
- تنمية الكفاية الذاتية والقدرات الذاتية.

2.6. الإرشاد النفســـــي:

يستخدم الأستاذ النفسي أكثر ما يستخدم مع الحالات ذات الاضطرابات الخفية في الشخصية.

يلعب الإرشاد النفسي دورا هاما خلال مرحلة التكفل النفسي المبكر من ذلك أنه يساعد على إزالة التوترات النفسية والمشاعر السلبية التي يعانيها السجين بعد دخوله السجن، فمن خلال إقامة العلاقة الإرشادية الجيدة (التقبل، التقدير، التفهم الوجداني) يستطيع المرشد النفساني تهيئة السجين للبيئة الجديدة، وإزالة الكثير من مشكلاته وتوتراته.

وكما هو الحال في العلاج النفسي، ينصب الاهتمام في الإرشاد النفسي على شخصية السجين من خلال تدعيم الذات لإزالة المشاعر السلبية المرتبطة بوضعه الحالي، إلى جانب تعديل وتغيير استجابته وأفكاره واتجاهاته الخاطئة.

ويستخدم الإرشاد النفسي أيضا لتحديد المشاكل وإيجاد الحلول وتكوين القدرات الكافية لدى النزيل لحل مشكلاته واتخاذ قراراته بنفسه فضلا عن توعيته بأهمية صيانة صحته النفسية و الجسدية.

ومن الطرائق الشائعة في الإرشاد النفسي، الإرشاد الديني وبمساعدة رجال الدين الذين لديهم خبرة في المعاملة العقابية بهدف تنمية القيم الدينية والأخلاقية لدى السجين وزيادة إدراكه ووعيه بشأن الأسباب التي أدت به إلى ارتكاب الجريمة.

فعن طريق الإرشاد الديني يتمكن السجين من تكوين بصيرة جيدة عن العوامل والأسباب الذاتية التي دفعته إلى القيام بذلك السلوك الإجرامي، وكذا معرفة وإدراك العوامل الخارجية التي ساهمت في موقفه، ومن ثمة الشعور بالمسؤولية والواجب.

وقبل الانتهاء من هذا العنصر يجب أن أشير إلى أنا الإرشاد النفسي يعتمد على أساليب وطرائق متنوعة هي نفسها التي يستخدمها المعالج النفساني مثل الإيحاء، النصح ، الإقناع، تأكيد الذات، التوضيح، التعاطف، التقبل، عكس المشاعر ...الخ.

3.6. التوجيـــــه ألتأهيلي المهنـــــي:

على أساس دراسة الحالة وعمليات التقييم والتشخيص المختلفة يتم جمع بيانات متنوعة عن النزلاء مثل مؤهلاتهم، استعداداتهم، قدراتهم، ميولهم، اهتماماتهم، هواياتهم ... والتي تفيد في وضع وبناء البرنامج التأهيلي المهني لهم.

وقبل توزيع النزلاء على مختلف البرامج التأهيلية تجرى عمليات توجيهية شتى لهم كالتوجه نحو نوع الدراسة (التعليم) المناسبة لخصائصهم، ثم التوجيه إلى نوع المهنة أو الحرفة التي سوف يتدربون عنها، وأخيرا توجيههم إلى العمل ومتابعتهم فيه.

وتهدف برامج التأهيل المهني لمؤسسات إعادة التربية إلى تكييف شخصية السجين لتأكيد عملية العلاج بدلا من تأكيد العقاب، ويعني ذلك استعمال التأهيل المهني كأداة للتكيف الاجتماعي والتربية، ولإعادة السجين إلى حياته العادية.

ويمكن التكوين المهني السجناء، الذين ليس لهم مهنة أو حرفة، على ممارسة إحدى المهن أو الحرف التي اختاروها عند توجيههم.

يشمل التكوين المهني دروس نظرية وأخرى تطبيقية، يتم البعض منها داخل مؤسسة إعادة التربية والبعض الآخر بمراكز التكوين العادية، وفي الحالة الأخيرة تتكفل إدارة المؤسسة بحراسة ونقل المسجونين إلى مراكز التدريب.

توفر مؤسسات إعادة التربية لنزلائها عدد من البرامج التدريبية في مهن الصيانة الصناعية ،الكهرباء، التجارة، الحلاقة، التلحيم، الإعلام الآلي، وحرف فلاحيه أخرى متنوعة.

يسعى التكوين المهني للمساجين إلى جعلهم أكثر اعتدادا بأنفسهم وأكثر اعتمادا على أنفسهم في كسب العيش الكريم ،فضلا عن ذلك تحسين حراكهم الاجتماعي.

وللتكوين المهني آثارا إيجابية أيضا على مؤسسات إعادة التربية ذاتها من ذلك أنه قد يكون وسيلة فعالة لحفظ النظام وتحسين العلاقات بين المسجونين بعضهم ببعض، وبينهم وبين الإدارة. ولأن التكوين المهني يقتطع الكثير من وقت السجين فإنه يجعله ينصرف عن التفكير في المسائل السلبية أو التفكير في الهروب والتمرد والعصيان.

4.6. العمـــــــل:

ينظر للعمل داخل مؤسسات إعادة التربية على أنه يشمل قيمة تأهيلية غير مباشرة تؤدي إلى إحداث تغيرات عامة في العلاقات والجوانب الأخلاقية من شخصية السجين بعد الإفراج عنه .

كما أن للعمل قيمة اجتماعية من ذلك أنه يمكن التريل من تحسين وضعيته الاجتماعية (من شخص عادي عديم المهارة إلى شخص ماهر)، ويمكنه من العيش الكريم بعد خروجه من المؤسسة. ومن شأن العمل أن يجعل التريل يعيد الاعتبار لذاته، والثقة في نفسه، وأن يعطي للعمل ذاته قيمة كبرى.

ويجب أن نشير بأن معظم مؤسسات إعادة التربية، تضمن للسجين مقابلا ماديا نظير عمله، يمكن أن يصرف له جزءا منه أثناء تواجده بالمؤسسة ويصرف له الجزء الآخر بعد الإفراج عنه أو يرسل لأسرته بموافقته.

وقبل أن ننهي هذا المقال يتعين ذكر بعض التجارب هنا وهناك في التكفل بالمجرمين. ففي بعض الدول وتحديدا بالولايات المتحدة الأمريكية لجأت إحدى الولايات (نيويورك وكاليفورنيا) إلى أساليب خاصة من تأهيل المساجين، حيث يتم التركيز على التكفل النفسي أكثر من التركيز على مجرد الاعتقال والحبس. فعندما يودع المتهم في السجن فإنه يحال على مكان للعلاج، حيث يخضع لإشراف أحد الأطباء العقليين وأحد الأخصائيين النفسانيين، وعندما يلاحظ على السجين علامات التقدم والتحسن فإنه ينقل إلى قسم آخر حيث يسمح له بالزيارة، الأمر الذي يساعده على التمتع بجو طبيعي يعيده للحياة في العالم الخارجي.

وفي بعض الدول لا يقتصر التكفل النفسي للمجرمين على فترة وجودهم داخل مؤسسة إعادة التربية بل يتعدى ذلك إلى متابعة ظروف حياتهم بعد الإفراج عنهم من خلال مساعدتهم على إيجاد عمل ملائم يكفل لهم العيش الكريم وبالتالي تجنب عودتهم للإجرام.

وفي الجزائر عقدت مؤتمرات حول تسيير مؤسسات إعادة التربية انتهت بطرح مشروع إصلاح العدالة يتضمن العديد من الأفكار والتصورات، وحتى الحلول للوصول إلى مستوى مقبول من التكفل النفسي والاجتماعي والصحي والمهني للسجين.

(مصطفى شريك، نظام السجون في الجزائر، دراسة منشورة بجريدة الشروق اليومي، العدد 660، بتاريخ 28/ 12/ 2002)

الفصل الثالث

الإطـــار التـــطبيقي

منهج البحث و إجراءاته

1. منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و الفارقي والذي وجدناه الأنسب في تصميم هذه الدراسة بغرض الكشف عن العلاقة بين استراتجيات المواجهة التي يستخدمها المساجين في مواجهة الضغوط النفسية و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، وهذا تبعا لتساؤلات البحث وفرضياته.

2. حدود الدراسة

تشمل حدود الدراسة بالإطار الزمني لتنفيذها الذي كان خلال السنة الجامعية 2009/2008 ومكان إجراءها المحدد في مؤسسة إعادة التربية **باتنة** ومؤسسة إعادة التأهيل **تازولت** ، وبالقدرة التنبؤية لبنود المقاييس المستخدمة لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية واستراتجيات المواجهة، وبحجم العينة وثقافتها العربية الإسلامية، و بمدى فاعلية الأساليب الإحصائية المستخدمة للإجابة عن التساؤلات المطروحة .

3. إجراءات الدراسة

انطلاقا من أهداف الدراسة وتساؤلاتها ومنهجها تم إتباع الإجراءات المنهجية التالية:

تحديد موضوع الدراسة وتساؤلاته.

1- جمع التراث النظري والدراسات السابقة والوصول من خلالها إلى صياغة فرضيات الدراسة.

2- الحصول على أدوات الدراسة وهي مقياس كورنال للاضطرابات السيكوسوماتية من إعداد محمود السيد أبو النيل ومقياس استراتجيات المواجهة (W.C.C (Ways of Coping Check-list (Coussan et al, 1996)

3- ترجمة مقياس استراتجيات المواجهة Coping وعرضه على مجموعة على أساتذة علم النفس في صورته الأولية.

4- اختيار عينة الدراسة.

5- تطبيق الاختبارات في صورتها النهائية على عينة الدراسة.

6- تفريغ البيانات حسب متغيرات الدراسة.

7- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

8- تفريغ النتائج حسب فرضيات الدراسة.

9- تفسير النتائج ومناقشتها.

4. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين استراتجيات المواجهة « Coping » والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى المساجين، والتعرف كذلك على الفروق بين متوسطات العينة والتي تعزى إلى المتغيرات التالية: الجنس، والاعتياد الدخول إلى السجن، والمستوى التعليمي والفئة المصابة والفئة السليمة.

5. عينة الدراسة

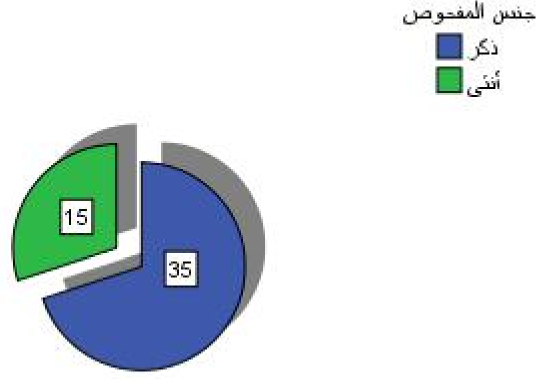
لقد تم اللجوء في هذه الدراسة، الى اختيار القصدي لمجموعة البحث وهذا بناء على الفحوصات النفسية الأولية التي نقوم بها في عملنا والمتابعة النفسية لبعض المساجين وكذا من خلال توجيه الطبيب لبعض الأمراض السيكوسوماتية ، فقد شملت العينة فئة المصابين والغير المصابين.

- **خصائص العينة:** تتمتع العينة بمجموعة من الخصائص وقد تم تفصيلها في الجداول الآتية:

أ/ من حيث الجنس: الجدول رقم (2) يوضح حجم العينة ومواصفاتها من حيث الجنس:

الجدول رقم(2)

الجنس	ن	النسبة المئوية
ذكر	35	% 70
أنثى	15	%30
المجموع	50	%100

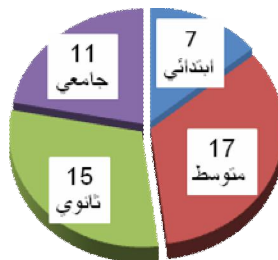


الشكل رقم (4) : رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير الجنس

ب/ من حيث المستوى التعليمي: الجدول رقم(3) يوضح توزيع العينة من حيث المستوى التعليمي

الجدول رقم(3)

المستوى التعليمي	ن	النسبة
ابتدائي	7	%14
متوسط	17	%34
ثانوي	15	%30
جامعي	11	%22
المجموع	50	%100

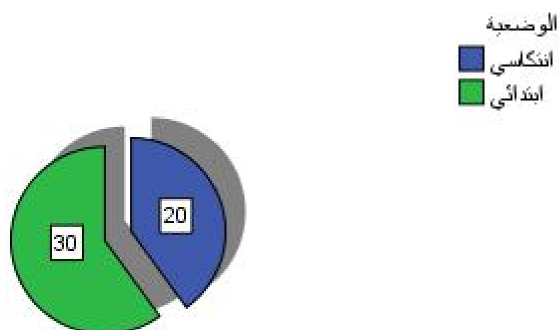


الشكل رقم (5): رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير المستوى التعليمي

ج/ من حيث الاعتياد: الجدول رقم (4) يوضح توزيع العينة من حيث وضعية الاعتياد:

الجدول رقم (4)

الاعتياد	ن	النسبة المئوية
ابتدائي	30	%60
انتكاسي	20	%40
المجموع	50	%100



الشكل رقم (6) رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير وضعية الاعتياد

6. الأدوات المستخدمة في الدراسة

استخدم في هذا البحث أداتان هما : قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية واستبيان استراتجيات المواجهة W.C.C(Ways of Coping Check List)

والذي تم ترجمته وعرضه على مجموعة من الأساتذة.

1/ قائمة كورنال الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية : تعد قوائم التقدير الذاتي الخاصة بكشف الأعراض من أهم ما يمكن استخدامه لكشف الأعراض النفسية والبدنية لدى المفحوصين.

قائمة كورنال النسخة 1986: تعد قائمة كورنال من أشهر القوائم التي استخدمت ولا زالت تستخدم في كشف العوارض السيكوسوماتية سواء على المستوى العربي أو الأجنبي، لما تتمتع به من خصائص سيكومترية عالية (الصدق و الثبات) كما أنها تشتمل على كشف الأعراض العصابية بجوار ما تكتشفه من اضطرابات سيكوسوماتية مما أهلها لتكون أداة جامعة.

أ/ وصف القائمة: تتكون القائمة في أصلها الأمريكي من 223 عبارة للإناث وعبارة سؤالا للذكور بينما الصورة العربية التي أعدها محمود السيد أبو النيل فتحتوي على صورة موحدة للجنسين مكونة من 223 سؤالا، وتنقسم القائمة إلى أقسام أربعة:

1-الأعراض البدنية

2-ماضي المريض

3-التاريخ العائلي

4-السلوك والمزاج والمشاعر

وتتجمع أسئلة كل مقياس فرعي مع بعضها وتأخذ تسلسل الأحرف الأبجدية وفيما يلي المقاييس الفرعية وعدد الأسئلة الخاصة بكل مقياس فرعي والجدول الآتي يبين المقاييس الفرعية لقائمة كورنال.

الجدول رقم (5) : المقاييس الفرعية لقائمة كورنال للعوارض الجسدية

الرقم	المقياس الفرعي	الرمز	عدد البنود
1	السمع والبصر	A	13
2	الجهاز التنفسي	B	17
3	القلب والأوعية	C	19
4	الجهاز الهضمي	D	20
5	الجهاز العظمي	E	11
6	الجلد	F	07
7	الجهاز العصبي	G	18
8	البولي التناسلي	H	13

ويلاحظ أن البنود التي تتناول النواحي الجسمية السيكوسوماتية بلغ عددها 118 بندا من 223 بندا كليا .

- المقاييس الخاصة بالأعراض البدنية:

1/ مقياس السمع، والإبصار، ويتكون من 13 بندا وتتعلق بقياس الشكاوى والأعراض التي تختص بضعف السمع والإبصار.

2/ مقياس الجهاز التنفسي ويتكون من 17 بندا تقيس اضطرابات الجهاز التنفسي.

3/ مقياس القلب والأوعية الدموية ويتكون من 19 بندا ويقيس اضطرابات الجهاز الوعائي القلبي.

4/ مقياس الجهاز الهضمي ويتكون من 20 بندا تقيس اضطرابات الفم والجهاز الهضمي.

5/ مقياس الهيكل العظمي ويتكون من 11 بندا تتعلق بالعظام والمفاصل وألام الظهر.

6/ مقياس الجلد ويتكون من 7 بنود تتعلق بإصابات الجلدية والحساسية والجروح.

7/ مقياس الجهاز العصبي ويتكون من 18 بندا تتعلق باضطرابات الجهاز العصبي

8/ مقياس الجهاز البولي التناسلي ويتكون من 13 بندا وتتعلق بإصابات الجهاز البولي التناسلي.

ب/تطبيق القائمة: تعتبر القائمة من المقاييس التي يتم تطبيقها ذاتيا ويمكن أن تطبق بشكل فردي أو جماعي، و يستغرق المفحوص في الإجابة على أسئلة القائمة ما بين 10 و 30 دقيقة ويعتمد ذلك على درجة تعليم المفحوص.

ج/تصحيح القائمة: يتم تصحيح كل مقياس فرعي من المقاييس الثمانية عشر على حدة بإعطاء درجة على كل سؤال يجاب عنه بنعم، وصفر على الإجابة بلا، وبذلك فإن عدد العبارات على كل مقياس فرعي يساوي الدرجة الكلية على هذا المقياس.

ويمكن تحديد مستوى الاضطراب على النحو الآتي:

1-اضطراب خفيف من 29 إلى 30

2-اضطراب متوسط من 40 إلى 50

3-اضطراب شديد من 51 فما فوق.

وقد تم اختيار القائمة كأداة بحث رئيسية لعدة أسباب، منها كونها تعد بمثابة بطارية اختبارات لما تضمه من اختبارات فرعية، كما أنها أداة متحررة من القيود الثقافية لكونها أداة طبية في أصلها. (Symptom Check liste)، بالإضافة إلى أن كما هائلا من الدراسات العربية و الأجنبية استخدمت القائمة وأكدت تمتعها بالصدق والثبات (ابو النيل، 2001)

د/ الخصائص السيكومترية للقائمة: لقد أجريت مئات الدراسات عربية وأجنبية للتأكد من صدق وثبات الأداة، وقد استخدمت في ذلك معظم الطرق السيكومترية المتعارف عليها لقياس الصدق والثبات، ولقد أثبتت الدراسات على أن الأداة تتمتع بثبات وصدق عاليين في كل مقاييسها الفرعية (أبو النيل، 2001). ولقد قمنا نحن بقياس الصدق والثبات على العينة المدروسة واعتمدنا على مايلي:

1- الصدق: تم فحص الاتساق الداخلي للقائمة عن طريق حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للقائمة ودرجة المقياس الفرعي من القائمة وقد تم حساب الاتساق الداخلي للقائمة من خلال معاملات الارتباط للمقاييس الفرعية للقائمة مع بعضها ومع الدرجة الكلية للقائمة.

الجدول رقم (6): معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاختبار ومقاييسه الفرعية

المقاييس الفرعية	معامل بيرسون	الدلالة
السمع و الإبصار	0.787**	0.00
الجهاز التنفسي	0.798**	0.00
القلب و الأوعية	0.864**	0.00
الجهاز الهضمي	0.863**	0.00
الجهاز العظمي	0.737**	0.00
الجلد	0.641**	0.00
الجهاز العصبي	0.858**	0.00
البولي التناسلي	0.748**	0.00

2- **الثبات:** تم حساب الثبات باستخدام معامل ألفا لكورنباخ Cronbach، وهو أداة إحصائية حساسة لحساب اتساق وتجانس مفردات المقياس الواحد وهذا ما ينطبق على أداة قياسنا، وعند تطبيق المعادلة بلغت قيمة ألفا الكلية 0.95 وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.01 .

2/ مقياس استراتجيات المواجهة (W.C.C(Ways of Coping Check List : استعمل المقياس في أول نسخة له من طرف **لازاروس وفولكمان** تحت تسمية استراتجيات المواجهة(the ways of coping check list) حيث تم استخلاص قائمة تتكون من 67 إستراتجية يجيب الأفراد على بنود هذه القائمة ب "نعم" أو" لا" عند استعمالهم لإستراتجية مواجهة معينة أثناء مواجهة الحادث الضاغط ويطلب من المفحوصين إعادة بناء الحادث الضاغط كتابيا أو أثناء المقابلة مع الفاحص وذلك قبل الإجابة على قائمة استراتجيات المواجهة.

بعد ذلك قام **لازاروس وفولكمان** (1984) بتصنيف بنود القائمة الأصلية إلى نوعين بنود ترتبط بمواجهة تركز على المشكل وأخرى ترتبط بالمواجهة التي تركز على الانفعال. هذه القائمة تم مراجعتها من طرف فيتالينو (1985, Vitaliano et al.) ولقد ترجمت هذه النسخة من طرف Coussan et al. 1996 وتم إبقاء 27 بندا بدلا من 42 بندا وقد تضمنت خطوات الترجمة والتكييف على مايلي:

كشف التحليل العاملي الذي تضمن 468 استجابة لراشدين فرنسيين (274امراة، 211 رجل) أجابوا على 42 بندا لإستراتجية المواجهة نسخة فيتالينوا (Vitaliano) و بإتباع نفس التعليمة، هذا الإجراء ساعد الباحثين على عزل ثلاثة عوامل من المتغيرات الكلية للمقياس والمقدرة ب 35% وقد تم اعتماد الصورة الأخيرة التي تحوي 27 بندا وتحوي ثلاثة أبعاد نوضحها فيما يلي :

1- الإستراتجية التي تركز على الانفعال : 2 ،5 ،8 ،11 ،14 ،17 ،20 ،23 ،26

2- الإستراتجية التي تركز على المشكل: 1، 4 ،7، 10 ،13 ،16 ،19 ،22 ،25 ،27

3- الإستراتجية التي تركز على المساندة الاجتماعية:3 ،6 ،9 ،12 ،15 ،18 ،21 ،24

تصحيح القائمة: يتم تصحيح المقياس وفق البنود الفرعية التي يحويها المقياس بإتباع سلم تدريجي في التنقيط يكون على النحو الأتي:

- نقطة إذا كانت الإجابة(لا)
- نقطتين إذا كانت الإجابة (لا الى حد ما)
- ثلاث نقاط إذا كانت الإجابة (نعم إلى حد ما)
- أربع نقاط إذا كانت الإجابة (نعم)

ماعدا العبارة رقم 15 فتحسب عكس ذلك:

- اربعة إذا كانت الإجابة(لا)
- ثلاثة نقاط إذا كانت الإجابة (لا الى حد ما)
- نقطتان إذا كانت الإجابة (نعم إلى حد ما)
- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة (نعم)

الخصائص السيكومترية للمقياس: رغم أن المقياس يعتبر بناءه عالمي إلا أننا ارتأينا أن نتأكد من صدق وثبات المقياس وهذا بالاعتماد على الخصائص السيكومترية الآتية:

أولا الصدق: حيث تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس ككل ودرجة البنود الفرعية من المقياس ووجدنا ارتباطا قويا للدرجة الكلية للمقياس وهو دالة إحصائيا والجدول رقم(7) يوضع لنا درجة الاتساق الكلي للمقياس:

الجدول رقم(7)

		الانفعال	المشكل	المساندة	الدرجة الكلية
الانفعال	معامل بيرسون	1	0.265	0.336*	0.420**
	الدلالة		0.062	0.017	0.002
المشكل	معامل بيرسون	0.265	1	0.569**	0.708**
	الدلالة	0.062		0.000	0.000
المساندة	معامل بيرسون	0.336*	0.569**	1	0.583**
	الدلالة	0.017	0.000		0.000
الدرجة الكلية	معامل بيرسون	0.420**	0.708**	0.583**	1
	الدلالة	0.002	0.000	0.000	0.000

ثانيا الثبات: تم حساب ثبات هذا المقياس أيضا باستخدام معامل ألفا لكرونباخ Cronbach لحساب اتساق وتجانس المقاييس الفرعية للأداة، وعند تطبيق المعادلة بلغت قيمة ألفا 0.85 وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى 0.01 وتدل على ثبات المقياس.

7. تطبيق أدوات الدراسة

الأساليب الإحصائية المستخدمة: استخدمنا في دراستنا هذه لمعالجة نتائج البحث الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار الثالث عشر **(SPSS 4. 13)** وذلك لحساب العلاقات والفروق بين المتغيرات وقد استخدمت الاختبارات التالية لما يتناسب مع فرضيات البحث:

بالنسبة للإحصاء الوصفي، استخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

بالنسبة للإحصاء الاستدلالي استخدمت الاختبارات الآتية:

1) معامل الارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين المتغيرات

2) اختبار **ت T test** للكشف عن الفروق بين متوسطات المجموعات

3) معامل ألفا كرومباخ لحساب الاتساق الداخلي للاختبار

8. عرض النتـــــائـــــج

بعد التطرق للفصل المنهجي وتحديد أهم الوسائل التي تم الاستعانة بها للوصول إلى نتائج هذه الدراسة وكذا التأكد من الأساليب السيكومترية للمقاييس المستخدمة والتي نحاول من خلالها الكشف عن استراتجيات مواجهة الضغوط لدى المساجين وعلاقتها في ظهور الإصابة السيكوسوماتية على ضوء فرضيات وتساؤلات البحث، نحاول أن ان عرض نتائج هذه الدراسة.

لقد تم الوصول لمجموعة من النتائج وهذا من خلال تطبيق لجميع الاساليب التي تم استعن بها بغرض الوصول للاجابة على تساؤلات البحث وهذا على ضوء متغيرات الدراسة وفيمايلي عرض لاهم النتائج المحققة من الدراسة:

اولا: لقد تمحورت النتيجة الاولى من الدراسة بانه توجد علاقة بين المساجين الذين يستخدمون استراتجيات المواجهة المركزة على الانفعال و ظهور الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية حيث دلت النتائج الاحصائية على ذلك وهذا باستخدام معامل بيرسون لدراسة الارتباط بين المتغيرين .

الجدول رقم (8): يوضح لنا علاقة نوع الاستراتجية المركزة على الانفعال بظهور الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية

الاستراتجية المركزة على الانفعال	الاضطرابات السيكوسوماتية	معامل بيرسون	496**
		الدلالة	000
		العدد	50

ثانيا: لقد تمخضت النتيجة الثانية من الدراسة باننا وجدنا تباين في نوع الاستراتجية المستخدمة عند الفئة المصابة وغير المصابة عند حسابنا لهذا التباين باستخدام اختبار ت لقياس الفروق والجدول الاتي يوضح لنا ذلك:

الجدول رقم(9) يوضح لنا الفروق في نوع الاستراتجيات المستخدمة بين الفئة المصابة وغير المصابة.

إستراتجية المواجهة	الحالة الصحية	العدد	متوسطات	الانحرافات المعيارية	قيمة **ت**	الدلالة
الانفعال	مريض سليم	30 20	32.0333 26.3500	4.095 3.788	4.095	0.00
المشكل	مريض سليم	30 20	28.2000 24.5500	1.880 1.978	1.880	0.066
المساندة	مريض سليم	30 20	21.0333 17.5000	1.959 1.915	1.959	0.056
الدرجة الكلية	مريض سليم	30 20	78.5000 66.1500	2.275 2.252	2.275	0.027

ثالثا: اما فيما يخص النتيجة الثالثة من الدراسة والمتعلقة بالفروق الموجودة في المستوى التعليمي لدى المساجين، حيث لم نجد فروق بين الفئتين والجدول الاتي يوضح لنا ذلك:

الجدول رقم (10) يوضح لنا الفروق بين فئة ذوي المستوى التعليمي المرتفع من المساجين وذوي المستوى التعليمي المنخفض.

إستراتجية المواجهة	المستوى التعليمي	العدد	متوسطات	الانحرافات المعيارية	قيمة **ت**	الدلالة
الانفعال	متعلم غير متعلم	26 24	28.2308 31.4167	6.32018 4.02078	-2.106-	0.040
المشكل	متعلم غير متعلم	26 24	26.7308 26.7500	6.26455 7.66273	-.010-	0.992
المساندة	متعلم غير متعلم	26 24	19.4615 19.7917	6.77189 6.17132	-.180-	0.858
الدرجة الكلية	متعلم غير متعلم	26 24	72.6923 74.5000	19.36754 20.19470	-.323-	0.748

رابعا: لقد تمخضت النتيجة الرابعة في هذه الدراسة والتي تعزى الى الفروق الموجودة بين فئة المساجين الابتدائيين والمساجين الانتكاسين تبعا لنوع الاستراتجية المستخدمة حيث لم نجد فروق مطروحة في هذا المجال وذلك عند حسابنا لهذه الفروق باستخدام اختبار ت والجدول الاتي يوضح لنا ذلك:

الجدول رقم(11) يوضح لنا الفروق بين المساجين الابتدائيين والمساجين الانتكاسيين تبعا لنوع الاستراتجية المستخدمة

إستراتجية المواجهة	الوضعية	العدد	متوسطات	الانحرافات المعيارية	قيمة **ت**	الدلالة
الانفعال	انتكاسي ابتدائي	20 30	30.1000 29.5333	4.83300 6.01569	.352	0.726
المشكل	انتكاسي ابتدائي	20 30	25.1000 27.8333	8.07139 5.88442	-1.385-	0.172
المساندة	انتكاسي ابتدائي	20 30	19.5500 19.5500	6.91661 6.19974	-.062-	0.951
الدرجة الكلية	انتكاسي ابتدائي	20 30	68.4000 77.0000	25.27199 14.11285	-1.542-	.130

خامسا: لقد تمخضت النتيجة الخامسة من هذه الدراسة حول الفروق الموجودة بين فئة السجينات وفئة السجناء تبعا لنوع الاستراتجية المستخدمة و لقد لاحظنا بانه لا توجد فروق بين الفئتين والجدول الاتي يوضح لنا ذلك.

الجدول رقم(12) يوضح الفروق الموجودة بين فئة السجينات وفئة السجناء تبعا لنوع الاستراتجة المستخدمة.

إستراتجية المواجهة	جنس المفحوص	العدد	متوسطات	الانحرافات المعيارية	قيمة ت	الدلالة
الانفعال	ذكر أنثى	35 15	28.4857 32.7333	5.88803 3.03472	-2.637-	0.0110
المشكل	ذكر أنثى	35 15	29.8667 25.4000	6.74842 6.40164	-2.177-	0.0340
المساندة	ذكر أنثى	35 15	19.0857 20.8667	6.95943 4.95504	-.896-	0.3750
الدرجة الكلية	ذكر أنثى	35 15	71.6857 77.9333	19.11847 20.63446	-1.034-	0.3060

تفسير ومناقشة النتائج

1.مناقشة وتفسير الفرض الأول: يتضح من خلال الجدول أنه يوجد ارتباط بين نوع الإستراتجية المركزة على الانفعال و الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية عند مستوى0.01 وهو دال إحصائيا.

جاءت هذه النتيجة مؤكدة لطرحنا في البحث والذي نرى من خلاله أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية لدى المساجين الذين يستخدمون إستراتجية المواجهة التي تركز على الانفعال والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية.

وعليه تشير هذه النتيجة الى ان المواجهة التي تركز على الانفعال تهدف الى تقليص الاثر الانفعالي للضغوط، وتعتمد هذه المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعالاته عن طريق ضبط او تعديل الاهمية العاطفية للاحداث الضاغطة، اي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف، الغضب او الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية ومواجهة معرفية انفعالية.

وهذه الاهمية لاساليب المواجهة التي تركز على الانفعال وتاثيرها على الفرد أكدتها دراسات سابقة أهمها دراسة **لازاروس وفولكمان** صاحب النظرية ، وقد بينت نتائج هذه الدراسة من خلال إجرائهما لهذا الاستبيان Coping بغرض معرفة أساليب مواجهة ضغوط الحياة لدى عينة تتكون من 100 ذكور و 65 إناث أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين لديهم مشاكل صحية من الجنسين هم الأشخاص الذين يستخدمون الإستراتجية المركزة على الانفعال، حيث أن الإستراتجية التي تركز على الانفعال تهدف إلى ضبط الانفعالات وتنظيمها وبالتالي هناك جهد معرفي سلوكي يؤثر على الأجهزة العضوية للشخص بفعل الجهود المواجهة التي تتجه نحو ضبط الانفعالات.

كما نجد أن الإستراتجية التي تركز على الانفعال تجعل الفرد يبذل مجهودا كبيرا لتنظيم انفعالاته، حيث تتضمن مواجهة سلوكية وانفعالية بحيث تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الانفعالات التي تولدها الوضعية الضاغطة أشكال عديدة إذ تؤثر على مختلف أنشطة الإنسان سواء الفسيولوجية والنفسية وهذا ما يعني أن الأشخاص الذين يستخدمون هذا الأسلوب في مواجهة الأحداث الضاغطة هم أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية وهذا راجع إلى أن الاستجابة الانفعالية للضغوط لها أثار على الصحة

النفسية والجسدية حيث أن الدراسات العلمية تؤكد ذلك على أساس أن الجهود الانفعالية تؤثر على العضوية بشكل كبير والإفرازات الهرمونية للحالة الانفعالية هو الذي يترجم الاضطرابات.

ان مجموعة بحثنا والمتمثلة في المساجين الذين يستخدمون الاستراتجية التي تركز على الانفعال وجدناهم اكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية على غرار اضطرابات جهاز الدوران اضطرابات الجلدية الاضطرابات الهضميية...الخ

من خلال هذا نقول بانا طرحنا الاول تحقق في تحديد العلاقة بين المساجين الذين يستخدمون الاستراتجية التي تركز على الانفعال والاصابة السيكوسوماتية.

2.مناقشة وتفسير الفرض الثاني: لقد جاء الفرض الثاني من هذه الدراسة محققا ولقد جاءت النتائج والتي تدل على انه توجد فروق بين فئة المساجين المصابين وفئة المساجين غير مصابين عند مستوى 0.05 في الدرجة الكلية و تعزى هذه الفروق الموجودة بين الفئتين حسب النتائج المحصل عليها إلى كون أن الفئة المصابة أكثر استخداما للاستراتجيات المركزة على الانفعال حيث بينت النتائج والدراسات السابقة أن الأفراد الذين يستخدمون هذه الإستراتجية هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (العيساوى وآخرون) وبالتالي هم أكثر تضررا من الناحية النفسية والجسدية كما أنهم أقل توافقا وتكيفا في المحيط الذي يعيشون فيه وهذا الرأي ينطبق أيضا على فئة المساجين المصابين منهم وغير المصابين في كيفية مواجهتهم لضغوط السجن، في المقابل نجد أن الأشخاص الذين يستخدمون الاستراتجيات التي تركز على المشكل وطلب المساندة الاجتماعية أكثر تمتعا بالصحة ويرجع ذلك إلى استخدامهم لاستراتجيات مواجهة أكثر توافقا وتكيفا على غرار الإستراتجية التي تركز على المشكل والتي تتسم بالعقلانية وكذلك الإستراتجية التي تركز على طلب المساعدة الاجتماعية والتي تساعدهم على تخيف العبء والجهد الفكري والانفعالي.

إن هذه النتائج أكدتها بعض الدراسات السابقة أهمها دراسة **لازاروس وفولكمان** والتي أشارت نتائجها إلى أن أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة تعد من أكثر الأساليب فعالية وبالتالي التقليل من إصابة الفرد بالاضطرابات السيكوسوماتية على غرار أسلوب المساندة، في حين نجد أن الأشخاص الذين يستخدمون الإستراتجية التي تركز على الانفعال هم أكثر عرضة للإصابة السيكوسوماتية، ومن جهة أخرى تتفق النتيجة الحالية مع دراسة (Frone et al 1991) التي أظهرت نتائجها أن المساندة

الاجتماعية كأسلوب لمواجهة الضغوط يعد من أكثر العوامل الملطفة للضغوط الناشئة والذي يخفف من الإنهاك النفسي والجسدي، أضف إلى ذلك وجود دراسات تؤكد على أن الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة يميلون إلى حل مشاكلهم بطرق أكثر عقلانية وكذلك اللجوء إلى المساندة وطلب النصيحة من الأقربين والتحدث معهم عن مشاكلهم (جون، 2000) وهذا ما لاحظناه من نتائج الجدول السابق بحيث نجد أن متوسطات الاستراتجيات مرتفعة في الدرجة الكلية كانت لصالح الأشخاص المرضى.

لقد دلت الدراسات في حقل السيكوسوماتيك بان العوامل الانفعالية تلعب دورا هاما واساسيا في ظهور الاعراض الجسمية او زيادة التاثير فيها، حيث تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لعدم فاعلية اساليب المواجهة مما تؤدي الى اضطراب في الاجهزة العضوية للفرد مثل جهاز القلب او الجهاز التنفسي وغيره من الاجهزة الجسمية.

من خلال هذه التفسيرات العلمية نجد ان مجموعة بحثنا تنطبق عليها نفس الاساليب التي يستخدمها المرضى حيث ان السمات الشخصية للمصابين يميلون الى محاولة التحكم ومواجهة احداث الضاغطة عن طريق الانفعال والذي بدوره يكون سببا في هذه الاضطرابات والذي تلعب فيه التظاهرات الانفعالية والفيزيولوجية دورا اساسيا في تدهور الجانب الصحي للمسجون.

مناقشة وتفسير الفرض الثالث

يتضح من خلال الجدول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المساجين ذوي المستوى التعليمي المرتفع و المساجين ذوي المستوى التعليمي المنخفض في الدرجة الكلية وبالتالي الفرض الثالث لم يتحقق، ما عدا فيما يتعلق بالفرق الذي وجدناه في الإستراتجية التي تركز على الانفعال.

وهذا الفرق ربما يعزى إلى الفروق الموجودة في المستوى التعليمي إذ أن الفئة المتعلمة تكون أكثر ميلا في مواجهة ضغوطها باستخدام الإستراتجية المركزة على المشكل، في المقابل نجد الفئة الغير متعلمة تميل في مواجهة ضغوطها باستخدام التي تركز على الانفعال وهذا ما بينته النتائج الموجودة في الجدول حيث كانت متوسطات الإستراتجية التي تركز على الانفعال لصالح الفئة غير المتعلمة.

وحسب رأي الباحث تفسر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المساجين ذوي المستوى التعليمي المرتفع وذوي المستوى التعليمي المنخفض إلى أن كلا الفئتين تتعرضان إلى نفس طبيعة الضغوط المتعلقة

بالبيئة المغلقة وبالتالي هناك تقييم مشترك بين الفئتين لضغوط السجن مما يولد نفس الاستجابة، حيث دلت دراسات كثيرة على ان اسلوب المواجهة يرتبط كثيرا مع التكيف مع الموقف الضاغط وخصائص البيئة والتي بدورها تفرض نمطا معينا في الاستجابة للضغوط والبيئة المغلقة تلعب دورا جوهريا في الاستجابة للضغوط بشكل دائم حيث تؤثر على المسجونين رغم وجود فروق بين الفئتين والمتمثلة في المستوى التعليمي ، اذن يمكن القول بن ادراك الفئتين للوضعيات الضاغطة كان له دورا في تقدير العلاقة بهذا الوسط وبالتالي تقييم الوضعية تفوق قدرات الفرد وامكاناته لمواجهة هذه الوضعيات .
ان عمليات التقييم المختلفة هذه تتاثر بعوامل شخصية واخرى بيئية او موقفية مثل: حدة الموقف وحداثته ومت هاو الحيرة التي يسببها هذا الموقف....

مناقشة وتفسير الفرض الرابع: لقد جاءت نتيجة هذا الفرض غير محققة في اساليب المواجهة بين فئة كل من المساجين الابتدائيين والمساجين الانتكاسيين وربما يرجع عدم وجود فروق في اعتقادنا بين الفئتين إلى أن كلا الفئتين كانت لهما القابلية للاستجابة للضغوط فضلا عن طبيعة الضغوط في السجن التي تجعل الفئتين تتعاملان بنفس الكيفية في مواجهة ضغوط السجن نظرا لخصوصية البيئة والمجال المغلق الذي لا يتيح مجالا كبيرا من حيث التصرف والتعامل بحرية مع هذه الضغوط، حيث أن للسجن نظاما خاصا تفرضه القوانين الداخلية للمؤسسة والتي تفرض على السجين نمطا حياتيا ضاغطا مما يولد صعوبة في التكيف مع هذه البيئة المغلقة والتي تطرح نفس المشكلات بالرغم أنه تسجل اختلافات بين الفئتين من حيث الاعتياد أو عدم الاعتياد الدخول إلى السجن، وحسب اعتقاد الباحث أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى الفئتين في نوع الإستراتجية المستخدمة ربما يرجع إلى أن كلا الفئتين تطرحان نفس المشكلات والتي جعلتهما يستجيبان للضغط بنفس الطريقة.

تلعب العوامل او المصادر المحيطة بالبيئة المغلقة وكذا النظام الداخلي دورا اساسيا في ردود فعل السجناء اتجاه الوضعيات الضاغطة، حيث يشترك كل المساجين في مصادر الضغط ،رغم التباين المطروح سواء على المستوى الشخصي والخبرات التي تعرض لها المسجون من قبل او حداثة التجربة والمتمثلة في فكرته المسبقة عن تلك البيئة كل هذه الاشياء تعتبر محددات اساسية في الاستجابة للضغوط، و مسؤولة ايضا

عن اساليب التعامل مع هذه الضغوط ترتبط في كثير من الاحيان بمحاولات التكيف مع المواقف الضاغطة.

اذن فعملية التقييم هنا بين الفئتين تاثرت بنفس الخصائص لظروف تلك البيئة المغلقة على سبيل المثال طبيعة التهديد، المدة المستغرقة، النظام الداخلي، انتظار الحكم القضائي...كل هذا جعل في اعتقادنا عدم وجود فروق بين الفئتين في الاستجابة للضغوط تبعا لنوع الاستراتجية المستخدمة.

مناقشة وتفسير الفرض الخامس : لقد جاء الفرض الخامس من هذه الدراسة غير محققا في الدرجة الكلية رغم وجود فروق بين الفئتين في كل من الاستراتجية المركزة على الانفعال والاستراتجية المركزة على المشكل و يعتقد الباحث ان وجود الفروق بين متوسطات الجنسين في كل من الإستراتجية التي تركز على الانفعال والمشكل الى كون ان النساء يملن اكثر في استخدام كل من الاستراتجية التي تركز على الانفعال والمساندة الاجتماعية، في المقابل نجد ان الذكور لهم درجات عالية في الاستراتجية التي تركز على المشكل وعلية فان النساء اكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية و هذه الاستراتجية التي تستخدمها النساء تعتبر استراتجيات غير فعالة في مواجهة الضغوط مما تجعل هذه الفئة اكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهذا ما بينته بعض الدراسات السابقة أهمها دراسة **لازاروس وفولكمان** حيث وجدا أنه توجد فروق بين الذكور والإناث في أساليب المواجهة حيث حقق الذكور درجات أعلى في أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة، أما الأساليب الخاصة بالنساء فكانت الأساليب التي تركز على الانفعال ولوم الذات والسعي وراء المساندة الاجتماعية، وبالنظر إلى هذا الاختلاف نجد أن النساء أكثر عرضة للإصابة السيكوسوماتية من الرجال وهو ما أكدته دراسات كثيرة أهمها دراسة (Hovanitz1986) فقد هدفت إلى التحقق من وجود علاقة بين ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها كعوامل مساهمة في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية، وكان عدد أفراد العينة (150) طالبًا جامعيًا منهم 76 من الذكور و 74 من الإناث وتم استخدام الأدوات التالية : بطارية منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، وقائمة مسح أحداث الحياة، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط . وقد أثبتت الدراسة فروق بين الذكور والإناث في نوعية ضغوط أحداث الحياة وأن الإناث أكثر تعرضًا للضغوط من الذكور ، ووجد أن هناك علاقة ارتباطيه دالة إيجابية بين ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها، وتأثير ذلك على ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

هذه الدراسة تؤكد على وجود فروق في كمية ضغوط أحداث الحياة بالنسبة للذكور والإناث وأن هناك علاقة ارتباطية بين الضغوط وأساليب المواجهة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن نجاح أساليب المواجهة تساعد على عدم ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية بالرغم من ارتفاع كمية الضغوط.

واستكمالا لتلك النوعية من الدراسات التي تحاول معرفة الفروق بين الجنسين (ذكر– أنثى) في أساليب المواجهة والكشف عن فعالية أساليب المواجهة بين الذكور والإناث وأيضًا معرفة العلاقة بين أساليب المواجهة والحالة الصحية قام كل من (Hoets et Heck 1990) بإجراء دراسة على عينة مكونه من 465 ذكرًا و 532 أنثى واستخدما الأدوات التالية:

قائمة ضغوط أحداث الحياة، واستبيان أحداث الخبرات اليومية الحديثة وقائمة هوبكتر للأعراض المرضية وقائمة أساليب المواجهة، وأظهرت النتائج أن هناك فروقًا بين الذكور والإناث في أساليب المواجهة حيث حقق الذكور درجات أعلى في أساليب المواجهة التالية : التركيز على المشكلة، التفكير العقلاني، التخطيط، أحلام اليقظة، التخيل، التفكير الإيجابي، النمو الشخصي، الدعابة . أما الأساليب الخاصة بالإناث هي : التركيز على الانفعال، لوم الذات، التعبير عن الانفعال، السعي وراء المساندة الاجتماعية، التفكير المستقبلي.

من خلال نتائج الدراسات السابقة والتي وافقت نتائج دراستنا فيما يتعلق الفرض الخامس والذي وجدنا فيه ان النساء اكثر عرضة للاصابة بالاضطلرابات السيكوسوماتية من الرجال نتيجة استخدامهن لاساليب غير فعالة في مواجهة الضغوط على غرار الاستراتجية التي تركز على الانفعال وبالتالي النساء اكثر عرضة للضغوط من الرجال بحيث انهن يمتلكن القليل من المصادر الاجتماعية المساعدة ، ولقد بينت دراسة(Neal et Stone) الى ان الرجال يفضلون اساليب مواجهة مباشرة بينما تستخدم النساء اساليب مواجهة تعتمد على الدين والاسترخاء والبحث عن المساندة الاجتماعية .

خاتـــــــمة

كان موضوع هذه الدراسة استراتجيات المواجهة لدى المساجين وعلاقتها في ظهر الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية تلك هي حدود دراستنا من الناحية المفاهيمية، هذه الأخيرة التي نعتبرها نقطة بداية لمحاولة الكشف عن ماهية الضغوط في السجن وكذا الأساليب المستخدمة لمواجهتها، هذا من جهة. من جهة أخرى أردنا التعرف عن مدى مساهمة بعض الأساليب في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية على أساس أن الكثير من المساجين يعانون من أعراض مرضية في الغالب يكون ضغط السجن والتعامل السلبي معه سببا مباشرا في ظهور هذه الأعراض.

رغم ما خلصت إليه نتائج دراستنا بتحقق بعض الفرضيات وعدم تحقق البعض الاخر منها، نعتبر دراستنا هذه مساهمة للبحوث النفسية داخل الوسط العقابي بهدف معرفة وتطوير البحث في هذا المجال وكذلك وضع آلية للتكفل النفسي والطبي لهذه الفئة، خاصة وأن برنامج إصلاح السجون يضع هذه الأمور ضمن أولوياته من أجل أنسنة الحياة داخل السجون.

أما فيما يخص نتائج الدراسة فلقد دلت على وجود علاقة بين المساجين الذين يواجهون ضغوطهم باستجابات انفعالية هم أكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهذه الاستراتجية أكدتها دراسات سابقة على أنها استراتجية تسبب اضطرابات نفسية وجسدية وبالتالي يمكن اعتبارها استراتجية سلبية في التعامل مع الضغوط، ووفقا لهذه النتائج المحصل عليها نفكر في وضع برامج تدريبية علاجية موجهة للمساجين من أجل إدارة الضغوط بشكل إيجابي وبالتالي الوقاية من الأمراض النفسية والتي تصل إلى حد التعبير الجسدي وهو ما يعرف حاليا في الحقل الطبي والنفسي بالإضطرابات السيكوسوماتية.

توصيات

بعد نهاية هذه الدراسة يقترح الباحث بعض التوصيات والتي نرى بأنها يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار بغية البدء من حيث انتهت إليه هذه الدراسة وأهم هذه التوصيات:

من خلال النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا هذه نحث الباحثين في هذا المجال الإهتمام بالجانب النفسي والصحي للمساجين كون أن الرعاية الصحية والنفسية أصبحت من أولويات إصلاح السجون في الجزائر وعليه نوصي في دراستنا النقاط الآتية:

1- التأكيد على نتائج البحث العلمي في هذا المجال والأخذ بعين الاعتبار سيكولوجية الوسط العقابي وخصوصياته من أجل رسم مخطط وقائي لهذه الفئة.

2- محاولة وضع برامج علاجية للتكفل الصحي والنفسي للمساجين يشرف عليها طاقم طبي ونفسي خاصة فيما يتعلق بالأمراض السيكوسوماتية لأن التكفل بهذا النوع من الاضطرابات يقتضي تكفلا نفسطبي.

3- وضع برامج تدريبية موجهة للمساجين بغرض تسيير الضغوط في الوسط العقابي.

4- الحث على إيجاد فضاءات ملائمة للتخفيف من الضغوط والتي تساعد على العلاج.

5- تكوين وتدريب الأخصائيين النفسانيين في العلاجات النفسية الحديثة التي تعنى بالإضطرابات السيكوسوماتية.

6- تتبع جاد للحالة المصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من أجل تكفل أفضل لهذه الفئة المصابة.

المراجع باللغة العربية والأجنبية

1- الطريري، عبد الرحمن سليمان: الضغط النفسي، مفهومه وتشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، الطبعة الأولى 1994.

2- العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، د ،ط دار الفجر للنشر والتوزيع القاهرة،1994.

3- ارون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، مراجعة غسان يعقوب،ط1،دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت، 2000 .

4- أنماط التفكير وعلاقتها باستراتجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة دراسة ميدانية لدى عينة مصابين بالحروق رسالة ماجستير غير منشورة قسم علم النفس باتنة 2004.

5- أمل سليمان تركي العنزي، أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية رسالة لنيل شهادة الماجستير قسم علم النفس جامعة الملك سعود المملكة العربية السعودية 2004.

6- إسحاق إبراهيم منصور، الموجز في علم الإجرام والعقاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، ط3،163، 1989.

7- المواقف الضاغطة، مجلة علم النفس، العدد الخامس والثلاثون، الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة، 110-123.

8- جمعة سيد يوسف ادارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب والممارسة، القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر2004.

9- جمعة سيد يوسف الضغوط النفسية: ابعادها واساليب مواجهتها في الاسس النفسية لتنمية الشخصية الايمانية للسلم المعاصر، القاهرة المعهد العالمي للفكر الاسلامي 2006.

10- حورية احسن جاب الله: دراسة العوامل المعرفية في الالام المزمنة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والفاعلية الذاتية دكتورة دولة جامعة الجزائر 2001.

11- دليل المتعامل مع العدالة، منشورات وزارة العدل،2005.

12- رشيد زروائي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية سلسلة المطبوعات الجامعية 2002.

13- عثمان يخلف علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع قطر الدوحة 2001.

14- عكاشة، أحمد 1996 الطب النفسي المعاصر القاهرة مكتبة الانجلو مصرية

15- عبد الرحمن احمد هيجان 1998 ضغوط العمل: منهج شامل لدراسة مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، الرياض: معهد الادارة العامة

16- عبد المعطي، حسن (1994) ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والأندونيسي، المجلة المصرية للدراسات النفسي، العدد الثامن، مكتبة الأنجلو المصرية بالقاهرة،47-88

17- عمار بوخدير جامعة باجي مختار عنابة الخدمات النفسية في مجال الانحراف والجريمة

18- علي، علي (2000) : المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية، مجلة علم النفس، العدد

53، ص 6-22

19- عبد الستار إبراهيم (1998)، الاكتئاب داء العصر، الكويت، عالم المعرفة.

20- عدلى علي ابو طاحون،مناهج واجراءات البحث الاجتماعي، الجزء الثاني، جامعة المنوفية 1998.

21- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، العلاج السلوكي أسسه وتطبيقاته، د،ط دار قباء للنشر والطباعة والتوزيع القاهرة، 1998.

22- محمد النابلسي (1992)، مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته، الطبعة الأولى، بيروت، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع.

23- معاليم صالح (2001)، بعض النظريات للأمراض النفس-جسدية: مثال الربو، جامعة منتوري، قسنطينة.

24- محمد احمد النابلسي، نحو سيكولوجية عربية،ط1، دار الطليعة بيروت، لبنان،1995.

25- محمد النابلسي مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته، الطبعة الأولى، بيروت، دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع 1992.

26- مارتي و آخرون (1990)، ترجمة محمد أحمد النابلسي، بسيكوسوماتيك الهستيريا و الوساوس المرضية،" حالة دورا بين فرويد و مارتي."، لبنان، دار النهضة العربية.

27- مشروع الطرق المؤدية إلى التعليم العالي، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث كلية الهندسة جامعة القاهرة إدارة الضغوط 2003.

28- مصطفى شريك، نظام السجون في الجزائر، دراسة منشورة بجريدة الشروق اليومي، العدد 660، بتاريخ 28/ 12/ 2002.

39- مازوز محاضرات ألقيت على الطلبة السنة الرابعة علم النفس العيادي علم الإجرام

30- مجلة النبا، اساليب التعامل مع الضغوط النفسية 2004.

31- "التكفل النفسي في الوسط العقابي" المنظم يومي 6 و7 جوان 2006 بزرالدة.كلمة وزير العدل في مداخلته في افتتاح أشغال اليومين الدراسيين حول 32- لابلانش و بونتاليس (1997) ترجمة مصطفى حجازي، معجم مصطلحات التحليل النفسي، الطبعة الثالثة، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع.

33- سايل رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر 2001 استراتجيات التعامل لدى المساجين المتعاطين للمخذرات.

34- شكري، مايسة (1999) التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب مواجهة المشقة، مجلة الإرشاد النفسي- جامعة عين شمس، العدد العاشر 1-42.

35- شيلي تايلور علم النفس الصحي : الطبعة الأولى 2008 دار حامد للنشر والتوزيع عمان الأردن.

36- قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، الجريدة الرسمية القانون رقم 05-04 المؤرخ في 06 فيفري سنة 2005، المتضمن ، العدد 12، الصادر بتاريخ 02/13/ 2005 38 -. الأمر رقم 72/ 02 المؤرخ في 10 فيفري 1972 المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين، وزارة العدل، الجزائر، 1979.

37- فيصل محمد خير الزراد 1983 محاضرات في الطب السيكوسوماتي ، قسم علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.

38- فيصل محمد خير الزراد الطبعة الأولى الأمراض النفسية-الجسدية أمراض العصر تأليف دار النفائس للطباعة والنشر بيروت2000.

39 - Introduction a la psychologie de la sante , Marilou Bruchon-Schweitzer Et Robert Dantzer, presses universitaires de France, 1 edition :1994

40- Cahier psychiatrie Genevois, N 9,PP 147 154 stress et Coping Nouvelle Approche Klaus R Scherer

41- Chabrol, H, Callahan, S., 2004. Mécanismes de défense et coping. Paris : DUNOD.

42- FREUD A., (1936), Le Moi et les mécanismes de défense. Paris : PUF

43- Folkman S. et Lazarus R.S. (1988b). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto (CA) : Consulting Psychologists Press

44- Hartmann. A (2007), Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent », Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie, Université de Haute-Bretagne Rennes II

45- Haynal.A (1997), Médecine psychosomatique: aperçus psychosociaux, troisième édition, Paris, Masson Dongier (1976)

46- Mécanisme de défense et coping , Henri chabrol Stacey Callahan Dunod, Paris, .

47- Marty et all (1994), L'investigation psychosomatique, Deuxième édition, Paris, PUF Dunod. 2004

48- Mechanic, D. (1983): Stress and Social Adaptation. In Hans Selye

49- Moss, R. et Billing, G. (1984): Coping stress and social Resources

50- Moss, R. H. & Halahan, G. J. (1985): Life Stress and Death

51- Névroses et troubles psychosomatique, sixième édition, Bruxelle, Dessart et Mardaga

52- On line Concept.Sress ,Coping,2004

53- Psychologie de la sante, Modèles concepts et méthodes , Marilou Bruchon-Scheitzer Dunod, paris, 2002.
54- SamiAli et All(2001), Manuel de thérapies psychosomatiques, Paris, Dunod.
55- J.Thomas (1990), Les maladies psychosomatiques, Paris, Hachette

56- LAZARUS, R. (1966). Psychological stress and the and the adaptation. In W.D. GENTRY (Ed.), Handbook of behavior medicine, New York : Guilford, pp. 282-325.
57- Lazarus, R. & Folkman, S. (1980): An Analysis of Coping in a
58- On line Concept.Sress ,Coping,2004
59- Chabrol, H, Callahan, S., 2004. Mécanismes de défense et coping. Paris : DUNOD.
60- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984), Stress, appraisal, and coping, New York: Springer Publishing Company, 65- Lazurs, R. & Folkman, S.(1984): Stress Appraisal and Coping, New York Publishing Company.
Inc.
61- Revue française de psychosomatique, Controverses sur le P.U.F 28_005/02
http://books.google.es/books?hl=fr&lr=&id=i-62-
ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=coping+stress&ots=DcGOiodeL9&sig=hx-yAhpSYOVNJZOmV3HvNhN6nE8#PPR14,M1
63- On line, Haza.vovoskovitzo, introdction, 2004
64- Moss, R. et Billing, G. (1984): Coping stress and social Resources
65- Moss, R. H. & Halahan, G. J. (1985): Life Stress and Death
Middle–Aged Community Sample, Journal of Health and Social Behavior, PP 219 – 239
66- Rutter M. (1981): Stress Coping Development Some Issues and
Some Questions. Journal of Child Psychology, Vol. 22, No.12, PP 323 – 356.
67- Selye, H. (1956): The Stress of Life –New York: McGrew Hill
68- Selye, H. (1976): Stress of Life – New York. McGrew-hill.
www.mjustice.dz5269-

الملاحـــــــــــــق

الملحق الأول: استبيان استراتجيات المواجهة للزاروس وفولكمان من تكييف فيتالينو وجماعتها النسخة 1986

استبيان استراتيجيات المواجهة

الاسم (إن أمكن).. السن ....

التعليمة:

1- صف موقفا ضاغطا تكون قد تعرضت له خلال الأشهر الأخيرة، هذا الموقف تنزعج أو تضطرب.

2- حدد شدة الضيق و الضغط الذي احدث لك هذه الوضعية إذا كان :منخفض(1) متوسط (2) مرتفع (3)

3- حدد من خلال الاستراتجيات الآتية إذا كنت قد استخدمتها أو لا في مواجهة مشكلتك وعليه يجب أن تضع علامة X في الخانة الملائمة في الجدول الذي يظهر على جهة اليسار من الورقة.

البنود	لا	لا إلى حد ما	نعم إلى حد ما	نعم
1. وضعت خطة تصرف واتبعتها				
2. تمنيت لو أ ن اختفى أو انتهى الموقف				
3. تحدثت مع أحد عما أحسست به				
4. ناضلت من أجل ما أريد				
5. تمنيت لو استطعت تغيير ما حصل				
6. التمست مساعدة أخصائي وقمت بما نصحني به				
7. تغيرت بشكل ايجابي				
8. أشعر بالضيق من عدم قدرتي على تفادي المشكلة				
9. طلبت نصائحًا من شخص جدير بالاحترام ثم اتبعتها				
10.تعاملت مع الأحداث واحدة بواحدة				
11. تمنيت لو أن معجزة حصلت				
12 تكلمت مع شخص ما لفهم الموقف أكثر				

				13ركزت اهتمامي على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد
				14.أثّبت نفسي
				15.احتفظت بمشاعري لنفسي
				16.تخلصت من الموقف وأنا أقوى
				17.فكرت في أمور غير واقعية أو وهمية لأشعر بالتحسن
				18.تكلمت مع احد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة
				19.غيّرت أمورا لينتهي كل شيئ بطريقة جيدة
				20.حاولت نسيان كل شيء
				21.حاولت ألا أنعزل
				22.حاولت أن أتصرف بشكل متسرع أو أن اتبع أول فكرة خطرت لي
				23. تمنيت لو استطيع تغيير موقفي

24.تقبلت تعاطف وتفهم شخص ما				
25.وجدت حلا أو اثنين للمشكلة				
26.انتقدت نفسي ووبختها				
27.عرفت ما يجب القيام به، كذلك ضاعفت المجهودات وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد				

الملحق الثاني: قائمةكورنال للعوارض العصابية والسيكوسوماتية من إعداد السيد أبو النيل النسخة 1986

التعليمات:

في الصفحات التالية مجموعة من الأسئلة تتعلق بالصحة و أحوالك المختلفة ، المطلوب منك الإجابة بصدق و صراحة تامة علما بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خطأ على أي من هذه الأسئلة ، فالسؤال الذي ينطبق عليك أجب عنه **(بنعم)** و السؤال الذي لا ينطبق عليك أجب عنه ب **(لا).**

A

.1	هل تحتاج لنظارة للقراءة؟	نعم	لا
.2	هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟	نعم	لا
.3	هل تطرف عيناك أو تدمع باستمرار؟	نعم	لا
.4	هل عيناك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتهبتين؟	نعم	لا
.5	هل يحدث لك غالبا فقدان كامل للرؤية؟	نعم	لا
.6	هل عادة تعاني من آلام شديدة في عينيك؟	نعم	لا
.7	هل أحسست بسحابات في العين؟	نعم	لا
.8	هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعين)؟	نعم	لا
.9	هل تستعمل عدسات لاصقة؟	نعم	لا
.10	هل عانيت أبدا من ازدواج الرؤية؟	نعم	لا
.11	هل تسمع بصعوبة؟	نعم	لا
.12	هل استعملت مساعدات سمعية؟	نعم	لا

.13	هل تلاحظ طنين في أذنيك؟	نعم	لا

B

.14	هل عليك أن تطرد البلغم من حلقك كثيرا؟	نعم	لا
.15	هل كثيرا ما تحس بغصة خانقة في حلقك؟	نعم	لا
.16	هل أنفك مسدود باستمرار؟	نعم	لا
.17	هل أنفك يرشح باستمرار؟	نعم	لا
.18	هل سبق أن أصبت بتريف حاد في الأنف؟	نعم	لا
.19	هل تعاني كثيرا من شدة البرد؟	نعم	لا
.20	هل يجعلك تكرار الإصابة بالبرد تعيسا طول الشتاء؟	نعم	لا
.21	هل أصبت بالحمى؟	نعم	لا
.22	هل تعاني من مرض الربو؟	نعم	لا
.23	هل تعاني من التهاب الجيوب الأنفية؟	نعم	لا
.24	هل تضايقك الكحة(السعال) المستمرة؟	نعم	لا
.25	هل حدث و أن كانت كحتك مصحوبة بدم ؟	نعم	لا
.26	هل تعاني من الالتهاب الشعبي؟	نعم	لا
.27	هل يحدث أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟	نعم	لا
.28	على صدرك في السنتين Xهل أجريت كشفا بالأشعة السينية(الأخيرتين؟	نعم	لا

29.	هل أصبت من قبل بالالتهاب الرئوي؟	نعم	لا
30.	هل أنت مدخن؟	نعم	لا

C

31.	هل تعاني من الذبحة الصدرية؟	نعم	لا
32.	هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية؟	نعم	لا
33.	هل سبق أن أجري لك رسم قلب بعد القيام بمجهود بدني كبير؟	نعم	لا
34.	هل يعاني أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟	نعم	لا
35.	هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟	نعم	لا
36.	هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟	نعم	لا
37.	هل تقوم بتدريبات منتظمة (يوميا)؟	نعم	لا
38.	هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جدا أو منخفض؟	نعم	لا
39.	هل سبق أن علمت بأن نسبة الكولسترول مرتفعة في دمك؟	نعم	لا
40.	هل تشعر بآلام في القلب أو الصدر؟	نعم	لا
41.	هل غالبا ما تكون نبضات قلبك سريعة؟	نعم	لا
42.	هل تشعر بصعوبة في التنفس؟	نعم	لا
43.	هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أي شخص آخر ؟	نعم	لا
44.	هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟	نعم	لا

.45	هل تعاني من تورم في مفصل القدم؟	نعم	لا
.46	هل سبق أن تناولت أدوية لتخليص جسمك من الماء؟	نعم	لا
.47	هل سبق أن أصابتك حمى روماتزمية؟	نعم	لا
.48	هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟	نعم	لا
.49	هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟	نعم	لا

D

.50	هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟	نعم	لا
.51	هل تعاني من نزيف في اللثة؟	نعم	لا
.52	هل تعاني من صعوبة في البلع؟	نعم	لا
.53	هل تعاني من التهابات في الفم؟	نعم	لا
.54	هل تعاني من التهابات في الشفة (أو الشفتين)؟	نعم	لا
.55	هل عانيت من آلام أثناء البلع؟	نعم	لا
.56	هل تعاني من هيج في القولون و المعدة؟	نعم	لا
.57	هل سبق أن حدث لك فتق؟	نعم	لا
.58	هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية(Xمن) للجزء العلوي من الجهاز الهضمي؟	نعم	لا
.59	هل سبق أن أجري لك فحص بالأشعة السينية باستخدام الصبغة؟	نعم	لا
.60	هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية؟	نعم	لا

.61	هل سبق أن أجريت كشفا على فتحة الشرج؟	نعم	لا
.62	هل سبق حدوث التهاب في الغشاء المخاطي للقولون؟	نعم	لا
.63	هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا؟	نعم	لا
.64	هل زاد وزنك مؤخرا؟	نعم	لا
.65	هل نقص وزنك مؤخرا؟	نعم	لا
.66	هل سبق أن أصبت بالتهاب في الزائدة الدودية؟	نعم	لا
.67	هل سبق أن أجريت لك جراحة في البطن؟	نعم	لا
.68	هل سبق أن أصبت بقرحة؟	نعم	لا
.69	هل سبق أن لاحظت وجود دم في برازك؟	نعم	لا

E

.70	هل سبق أن حدث لك كسور في العظام؟	نعم	لا
.71	هل تعاني من وجود عظام ضعيفة أو هشة؟	نعم	لا
.72	هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتيزم)؟	نعم	لا
.73	هل تعاني كثيرا من آلام و تورم في مفاصلك؟	نعم	لا
.74	هل تشعر بتلبس في عضلاتك و مفاصلك باستمرار؟	نعم	لا
.75	هل عادة تعاني من آلام قاسية في ذراعيك أو ساقيك؟	نعم	لا
.76	هل أنت مقعد بسبب الروماتيزم الشديد ؟	نعم	لا
.77	هل ينتشر الروماتيزم في عائلتك؟	نعم	لا

.78	هل تجعل قدمك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟	نعم	لا
.79	هل تجد صعوبة في الاستمرار في العمل بسبب آلام الظهر؟	نعم	لا
.80	هل تعاني من عجز خطير أو عاهة؟	نعم	لا

F

.81	هل تعاني من إصابات جلدية مزمنة؟	نعم	لا
.82	هل كثيرا ما يظهر طفح جلدي لديك؟	نعم	لا
.83	هل جلدك حساس جدا أو رقيق؟	نعم	لا
.84	هل تظل الجروح في جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟	نعم	لا
.85	هل يحدث غالبا احمرار شديد في وجهك؟	نعم	لا
.86	هل تعرق بشكل غزير حتى في الجو البارد؟	نعم	لا
.87	هل تعاني من وجود حكة شديدة في جلدك؟	نعم	لا

G

.88	هل تعاني من تكرار حدوث صداع بالرأس؟	نعم	لا
.89	هل الصداع منتشر في عائلتك؟	نعم	لا
.90	هل الضغط و الصداع في الرأس غالبا ما يجعل حياتك بائسة؟	نعم	لا
.91	هل يحث لك نوبات سخونة أو برودة؟	نعم	لا
.92	غالبا ما تعاني من نوبات شديدة من الدوخة؟	نعم	لا
.93	هل كثيرا ما تشعر بالإغماء؟	نعم	لا

.94	هل أصبت بالإغماء أكثر من مرتين في حياتك؟	نعم	لا
.95	هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز في أي من أجزاء جسمك؟	نعم	لا
.96	هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟	نعم	لا
.97	هل سبق أن أصبت بضربة أفقدتك الوعي؟	نعم	لا
.98	هل حدث لك ارتعاش أحيانا في الوجه أو الرأس أو الأكتاف؟	نعم	لا
.99	هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟	نعم	لا
.100	هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟	نعم	لا
.101	هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟	نعم	لا
.102	هل تعاني من التهتهة أو اللعثمة؟	نعم	لا
.103	هل تمشي أثناء النوم؟	نعم	لا
.104	هل تتبول في الفراش؟	نعم	لا
.105	هل كنت تتبول في الفراش و عمرك من 8 إلى 14 سنة؟	نعم	لا

H

.106	هل غالبا ما تكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو التهاب؟	نعم	لا
.107	هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟	نعم	لا
.108	هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق؟	نعم	لا
.109	هل سبق أن كان تبولك مصحوبا بدم؟	نعم	لا
.110	هل لديك مشكلة عند بدأ التبول؟	نعم	لا

111.	هل تعاني من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟	نعم	لا
112.	هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلي؟	نعم	لا
113.	هل سبق أن كان لديك حصوة في الكلية؟	نعم	لا
114.	هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول؟	نعم	لا
115.	هل عادة ما تتبول كثيرا أثناء النهار؟	نعم	لا
116.	هل تعاني غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟	نعم	لا
117.	هل أحيانا ما تفقد التحكم في المثانة؟	نعم	لا
118.	هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعاني من مرض في الكلية أو المثانة؟	نعم	لا